

The background of the cover is a photograph of several children with their hands raised in the air, set against a blurred green background of trees. The text is overlaid on this image. The title is in large, bold, black capital letters. Below the title, there are two rectangular boxes containing the editors' names and the year. At the bottom left, there is a logo for 'CI ED.' in white text on a red background.

TEORIA, PRÁTICAS E INVESTIGAÇÃO EM INTERVENÇÃO PRECOCE II

EDIÇÃO |

MARINA FUERTES, CLARISSE NUNES,
JOÃO ROSA, ANA RITA ALMEIDA E
SANDRINA ESTEVES

ANO | YEAR

2021.

CI
ED.

Título | Teoria, Práticas e Investigação em Intervenção Precoce II

Edição | Marina Fuertes, Clarisse Nunes, João Rosa, Ana Rita Almeida
e Sandrina Esteves

Capa e Paginação | Susana Torres, ESELx

Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Lisboa
janeiro de 2021

ISBN 978-989-8912-14-5

<https://doi.org/10.34629/ipl/eselx/ebook.010>



ÍNDICE

EDITORIAL	5
PREMATURIDADE E O SISTEMA NERVOSO CENTRAL DIONÍSIA APARECIDA CUSIN LAMÔNICA & CAMILA DA COSTA RIBEIRO	9
UM OLHAR SOBRE A GRANDE PREMATURIDADE: A INVESTIGAÇÃO COM BEBÉS NASCIDOS COM MENOS DE 32 SEMANAS DE GESTAÇÃO SANDRA ANTUNES, MARINA FUERTES & JOÃO MOREIRA	25
REPRESENTAÇÕES MATEERNAS ACERCA DA GRAVIDEZ, DA VIVÊNCIA PERINATAL E TEMPERAMENTO DO BEBÉ EM DÍADES PORTUGUESAS COM BEBÉS DE TERMO, PREMATUROS E PREMATURÍSSIMOS ANA RITA ALMEIDA, RUTE CASIMIRO, JOANA LOPES, MARIA JOÃO ALVES, SANDRA ANTUNES, CAMILA RIBEIRO, ANA TEODORO, MARGARIDA SANTOS & MARINA FUERTES	49
RELAÇÃO MÃE-FILHO(A) EM BEBÉS TRANSPORTADOS JUNTO AO PEITO E EM BEBÉS TRANSPORTADOS EM CARRINHOS CARINA SANTA BÁRBARA, OLÍVIA DE CARVALHO & MARINA FUERTES	77
QUALIDADE DA VINCULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL DÉBORA MARQUES, SANDRINA ESTEVES & MARINA FUERTES	101
MODELOS PEDAGÓGICOS DOS EDUCADORES NA INTERAÇÃO E NA COMUNICAÇÃO COM AS CRIANÇAS DURANTE TAREFA COOPERATIVA JOANA CLÉRIGO, OTÍLIA SOUSA, DALILA LINO & MARINA FUERTES	125

EDITORIAL

O mestrado de Intervenção Precoce da Escola Superior de Educação (ESELx) do Instituto Politécnico de Lisboa apresenta o seu terceiro ebook. Este livro pretende ser uma *janela aberta* para as dissertações de mestrado e para a investigação desenvolvida pelos seus estudantes no seio dessas teses. Estes trabalhos empíricos são enquadrados por dois artigos de revisão redigidos por convidados que ajudam a traçar o mapa conceptual da prática na intervenção precoce.

Em destaque, apresenta-se o tema da Prematuridade. Em Portugal, 8 em cada 100 bebés nasce antes das 36 semanas de idade gestacional (pré-termo) e, destes, quase 30% nasce muito ou extremamente prematuro (menos de 32 semanas de gestação). No primeiro capítulo, da autoria de Camila Ribeiro e Dionisia Lamônica, é realizada uma revisão de literatura sobre os aspetos do neurodesenvolvimento do bebé de pré-termo. Na sequência do capítulo anterior, apresenta-se uma revisão de literatura sobre as comorbilidades e perturbações do desenvolvimento associados à prematuridade redigida por Sandra Antunes, Marina Fuertes e João Moreira. Os possíveis efeitos da prematuridade na saúde e no desenvolvimento do bebé, ajudam a explicar as diferenças nas representações maternas apresentadas nas dissertações de Ana Rita Almeida e Rute Casimiro (capítulo 3).

As relações afetivas, são o segundo tema em destaque, apresentadas num estudo sobre o transporte dos bebés às costas em mães portuguesas resultante da dissertação de Carina Santa Bárbara (capítulo 4) e sobre as representações da vinculação em crianças em acolhimento resultante da dissertação de Débora Marques (capítulo 5).

O impacto das perspetivas pedagógicas das educadoras na forma como interagem com as crianças é o pano de fundo da dissertação de Joana Clérigo, apresentada no capítulo 6.

Estes temas cruzam-se num olhar partilhado e multidisciplinar, sobre as várias parentalidades e infâncias da sociedade portuguesa.

A revisão linguística deste livro foi realizada por Sandrina Esteves e a compilação/ referenciação dos capítulos foi realizada por Ana Rita Almeida, mestre em Intervenção Precoce pela ESELx.

Pela equipa editorial

Marina Fuertes

Clárisse Nunes

João Rosa

Ana Rita Almeida

Sandrina Esteves

Quando as crianças brincam

Quando as crianças brincam
E eu as oiço brincar,
Qualquer coisa em minha alma
Começa a se alegrar.
E toda aquela infância
Que não tive me vem,
Numa onda de alegria
Que não foi de ninguém.
Se quem fui é enigma,
E quem serei visão,
Quem sou ao menos sinto
Isto no coração.

Fernando Pessoa

PREMATURIDADE E O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Dionísia Aparecida Cusin Lamônica

dionisialamonica@usp.br

Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru
da Universidade de São Paulo FOB-USP - São Paulo, Brasil

Camila da Costa Ribeiro

camilaribeiro@usp.br

Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru
da Universidade de São Paulo FOB-USP - São Paulo, Brasil

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.114>

Resumo

O nascimento prematuro é considerado uma condição de risco para alterações do desenvolvimento. Crianças nascidas prematuras podem ter seu desenvolvimento dentro de critérios normativos. Entretanto, pela condição de risco é fundamental que estas sejam acompanhadas por equipes técnicas quanto aos marcos do desenvolvimento. Este capítulo de revisão de literatura abordará algumas etapas do desenvolvimento do sistema nervoso central, o substrato neuropatológico e os processos desmaturacionais que podem ocorrer. Os estudos aqui reportados apresentam as possibilidades de insultos neurológicos nas crianças nascidas prematuras com consequências diversas para o desempenho motor, linguístico e cognitivo.

Palavras Chave: Prematuridade; Desenvolvimento Infantil; Transtornos do Neurodesenvolvimento

Prematuridade e o sistema nervoso central

O sistema nervoso central (SNC) infantil apresenta um dinamismo evolutivo muito intenso e o desenvolvimento de determinada função depende do amadurecimento de seu substrato neural anatômico correspondente. Tal amadurecimento decorre fundamentalmente de eventos aditivos/progressivos (proliferação e migração neuronal, organização e mielinização) e substrativos/regressivos (morte neuronal/apoptose, retração axonal e degeneração sináptica) (Reed, 2005; Zomignani, Zambelli, & Antonio, 2009; Moura-Ribeiro, 2012).

Corticoneurogênese refere-se ao processo de desenvolvimento neural e à conectividade entre as várias camadas do cérebro (Adams-Chapman, 2009). A matriz germinativa representa o remanescente da zona germinativa; entre a 10^a até a 24^a semanas de gestação. Esta região celular é a fonte de precursores neuronais. Após 24^a semanas de gestação, a migração neuronal se completou, mas a matriz germinativa provê precursores gliais que se tornarão oligodendrócitos e astrócitos. Neste estágio tardio da gliogênese, os astrócitos migram às camadas superiores corticais e são cruciais para a sobrevivência neuronal e o desenvolvimento normal do córtex cerebral (Volpe, 2019). Os neurônios subcorticais são detetáveis já na décima semana de gestação, no entanto a proliferação neuronal continua no decorrer da gestação e o processo de maturação continua até o final da gestação (Adams-Chapman, 2009).

A proliferação neuronal ocorre a partir da zona ventricular e sub-ventricular, produzida por divisões celulares, entre o segundo e o quarto mês de gestação, com rápido crescimento do número de células nervosas. A migração tem pico de atividade entre o terceiro e quinto mês de gestação, quando as células nervosas já formadas migram de seus locais de origem para locais nos quais exercerão suas funções ao longo da vida. Nessa fase, inicia-se a organização das colunas do córtex cerebral (Reed, 2005). A organização começa aproximadamente aos cinco meses de gestação e continua até alguns anos após o nascimento. Nesse período, os eventos mais importantes são: alinhamento e orientação dos neurônios, sinaptogênese, ramificações dendríticas e axonais, morte celular e eliminação seletiva de algumas sinapses, além de proliferação e diferenciação glial. Aproximadamente, no segundo trimestre de gestação e estendendo-se até a vida adulta, ocorre a mielinização, caracterizada pela formação de uma membrana de mielina ao redor dos axônios. Conjuntamente ocorre proliferação, diferenciação e alinhamento dos oligodendrócitos (Zomigani et al., 2009; Moura-Ribeiro, 2012). Durante as últimas cinco semanas de gestação, há um aumento significativo nas conexões dendríticas e na formação de sulcos (Adams-Chapman, 2009).

A mielinização começa em diferentes regiões do cérebro em diferentes momentos no período fetal ou infantil e progride em diferentes ritmos em uma ordem hierárquica, desde os sistemas sensoriais e motores específicos no cérebro fetal até regiões com funções associativas de nível superior no cérebro infantil e etapas posteriores (Haynes, Sleeper, Volpe, & Kineey, 2013).

Volpe (2019) relatou que o substrato neuropatológico em prematuros pode consistir em uma combinação de lesão cerebral da substância branca e, principalmente, a eventos subsequentes de desmaturação da substância branca e estruturas neuroaxonais. Informou que a desmaturação que pode ocorrer em bebês prematuros envolve múltiplos eventos ativos que ocorrem durante o período que compreende da 20^a a 40^a semana gestacional e além. Os principais componentes envolvidos incluem a linhagem oligodendroglial, especialmente os pré-oligodendrócitos, axônios da substância branca, córtex cerebral, tálamo e gânglios da base. Além disto, microglia e astrócitos, especialmente da substância branca estão envolvidos de modo relevante, tanto no desenvolvimento normativo quanto na desmaturação.

Do ponto de vista estrutural, o nascimento prematuro pode interferir particularmente nas fases de multiplicação glial, migração neuronal e organização (Marba, Rosa, & Caldas, 2012). Assim, cada fase do desenvolvimento e crescimento cerebral tem seu tempo e não ocorre individualmente, sobrepondo-se à evolução da gestação.

O nascimento prematuro interrompe a evolução normal desses eventos e as crianças nascidas prematuramente são consideradas de risco em relação ao neurodesenvolvimento (Moura-Ribeiro, 2012; Back, 2017). Isso acontece devido à vulnerabilidade cerebral do prematuro, o que pode levar a anormalidades anatômicas estruturais e funcionais, mais frequentes nessas crianças do que nas nascidas a termo (Anderson, De Luca, Hutchinson, Spencer-Smith, Roberts, & Doyle, 2011; Hinojosa-Rodríguez, Harmony, Carrillo-Prado, Van Horn, Irimia, Torgerson, & Jacokes, 2017; Gozdas, Parikh, Merhar, Tkach, He, & Holland, 2018).

Desta forma, o parto prematuro pode interferir causando alterações anatômicas, estruturais e funcionais do cérebro, devido à interrupção das etapas de desenvolvimento pré-natal. Tais alterações podem causar interferências no neurodesenvolvimento, tornando estes indivíduos sujeitos a problemas cognitivos, linguísticos e motores, com repercussões para toda a vida.

A lesão cerebral perinatal afeta bebês nascidos em todas as idades gestacionais, entretanto sua incidência e morbidade aumenta com a diminuição da idade gestacional e peso (Back, 2017; Novac, Ozen, & Burd, 2018) e, a neuropatologia da lesão cerebral pode diferir em função da idade gestacional (Laptook, 2016).

Cabe salientar, conforme reportou Ramenghi (2015) que os prematuros tardios também apresentam vulnerabilidade para insultos cerebrais, podendo desenvolver qualquer tipo de lesão cerebral, tanto aquelas que afetam os bebês mais prematuros, como as hemorragias intraventriculares quanto as lesões mais comuns que afetam os bebês nascidos a termo, como asfixia e acidente vascular cerebral. Relatou, em outras palavras, que não há um marco maturacional específico, embora devam supor sua conectividade cerebral nesse período e o volume cortical esteja aumentando significativamente. Deve-se ressaltar, entretanto, que há a possibilidade de que bebês nascidos prematuros possam apresentar comprometimentos clínicos neurológicos mesmo na ausência de lesões cerebrais morfológicas reconhecidas.

O desenvolvimento cerebral alterado e as lesões cerebrais em prematuros têm sido descritos, ligados à conexão de rede de neurônios (Gozdas et al., 2018); e o resultado do desenvolvimento neurológico dos bebês que sofrem lesão cerebral neonatal depende da própria lesão e de como esta lesão irá interferir na anatomia funcional ainda em desenvolvimento (Raybaud, Ahmad, Rastegar, Shroff, & Al Nassar, 2013).

O mecanismo subjacente da lesão envolve um insulto inicial ao cérebro fetal vulnerável e em desenvolvimento, geralmente de natureza hipóxico-isquêmica, hemorrágica ou infecciosa, que pode ser desencadeada em cascata de eventos e levar a agravos cerebrais (Raybaud et al., 2013; Novac et al., 2018), marcadas por excitotoxicidade neuronal, apoptose celular e ativação microglial (Novac et al., 2018).

Uma grande lacuna no conhecimento é a neuropatologia da lesão hipóxico-isquêmica em prematuros moderados e tardios; é principalmente necrose neuronal seletiva ou uma interrupção da maturação do pré-oligodendrócito ou alguma combinação dos dois (Laaptop, 2016).

As principais entidades mórbidas relacionadas ao nascimento prematuro são: hemorragia peri-intraventricular (HPIV), leucomalácia periventricular (LPV), síndrome do desconforto respiratório (SDR), displasia broncopulmonar, sepse, enterocolite necrosante, persistência do canal arterial, e retinopatia da prematuridade (Silveira & Procionoy, 2005; Gonçalves, 2012).

As lesões cerebrais no recém-nascido pré-termo são múltiplas, e a hemorragia peri-intraventricular (HPIV) permanece a lesão mais descrita e conhecida, principalmente a da matriz germinativa, podendo evoluir, nos casos mais graves, para sangramento dentro do sistema ventricular adjacente ou para a substância branca periventricular (Silveira & Procionoy, 2005). A presença dessas lesões hemorrágicas e de infarto hemorrágico parenquimatoso são mais frequentes em neonatos pré-termo com idade gestacional inferior a 28 semanas.

As hemorragias peri e intraventriculares (HPIV) são as formas mais comuns de hemorragias intracraniana em lactentes prematuros (Hino-

josa-Rodríguez et al., 2017). Representa um grande problema, dada sua frequência, gravidade e prognóstico. Estudos têm mostrado a frequência de 13 a 29,8% em recém-nascidos prematuros com menos de 32 semanas de idade gestacional e até 44% dentre todos os nascidos prematuros (Moura-Ribeiro, 2012).

A classificação da HPIV é tradicionalmente baseada no sistema de classificação de Papile (Payne, Hintz, Hibbs, Walsh, Vohr, Bann, & Wilson-Costello, 2013). Descreve um sangramento que se origina na matriz germinativa subependimária e se rompe através do ventrículo lateral. É classificada em quatro categorias (graus), podendo ser uni ou bilateral, simétrica ou assimétrica. Grau I: localizada somente na matriz germinativa; Grau II: hemorragia intraventricular com tamanho dos ventrículos normais; Grau III: hemorragia intraventricular com dilatação ventricular aguda; Grau IV: hemorragia intraventricular com comprometimento do parênquima cerebral.

Brezan et al. (2012) realizaram um estudo com objetivo determinar a prevalência e a proporção dos principais tipos de hemorragias intracranianas diagnosticadas por ultrassonografia transfontanelar (USTF) em prematuros. A prevalência de todos os tipos de hemorragias intracranianas foi de 20,4%. O tipo mais prevalente foi a hemorragia peri-intraventricular: 40% de grau I e 33% de grau II, sem grandes sequelas neurológicas. Sequelas neurológicas graves foram associadas com o grau III e o grau IV. Entretanto informaram que a correlação entre lesão e sequela foi estatisticamente significativa apenas para as hemorragias de grau IV. O estudo de Payne e colaboradores (2013), envolvendo crianças nascidas com menos de 27 semanas gestacionais também demonstrou que os graus I e II não foram associadas a risco aumentado de comprometimento do desenvolvimento neurológico aos dois anos de idade. No entanto, cerca de 60% destes pré-termos com hemorragias de grau III e IV desenvolveram sequelas importantes com reflexo para o neurodesenvolvimento (Payne et al., 2013).

A principal anormalidade neuropatológica não hemorrágica na substância branca cerebral em prematuros é a leucomalácia periventricular (LPV) (Volpe, 2017). A lesão da substância branca inclui um espectro de alterações que vai da necrose focal cística (leucomalácia periventricular cística) aos distúrbios difusos da mielinização (leucomalácia periventricular difusa), ocorrendo lesão simétrica subjacente aos ventrículos laterais e nos cornos anterior, lateral e posterior (Marba et al., 2012).

A LPV é na atualidade, a causa mais importante de lesão cerebral no lactente prematuro, determinando sequelas ao neurodesenvolvimento. Tem como principal sequela a paralisia cerebral do tipo diplegia espástica (Tang-Wai, Webster, & Shevell, 2006; Resch, Resch, Maurer, & Mueller, 2011; Resch, Resch, Maurer-Fellbaum, Pichler-Stachl, Ric-

cabona, Hofer, & Urlesberger, 2015). A LPV é definida como lesão da substância branca cerebral profunda que pode ser vista por dois padrões característicos: necrose periventricular focal e lesão difusa da substância branca cerebral (Novac et al., 2018).

A patologia predominante subjacente à LPV é uma parada na linhagem de oligodendrócitos no estágio pré-oligodendrócito e resulta em mielinização cerebral reduzida. Para o bebê prematuro extremo (<29 semanas de gestação), o pré-oligodendrócito representa a maior parte da população de oligodendrócitos e é extremamente sensível à hipóxia-isquemia e inflamação, que representam gatilhos para o início da lesão da substância branca (Laptook, 2016).

A LPV afeta particularmente as fibras descendentes do trato corticoespinal e fibras de associação das funções visuais, auditivas e somestésicas. A topografia da lesão inclui a região da substância branca cerebral na qual atravessa as fibras descendentes do córtex motor. A lesão dos neurônios da placa subcortical ou uma tardia migração de astrócitos na organização das camadas corticais superficiais podem explicar os possíveis papéis da LPV na deficiente organização neuronal cortical, o que, por vezes, traduz impacto subsequente na função cognitiva. Lesões neuronal-axonais estão presentes em 30-40% dos casos de LPV confirmados por necropsia (Volpe, 2019). Ocorre em 7 a 26% dos prematuros com peso de nascimento inferior a 1.500 gramas. Lamônica e Ferraz (2007) realizaram um estudo para verificar o desempenho de crianças nascidas prematuras com LPV e diagnóstico de paralisia cerebral do tipo diplegia espástica quanto às habilidades psicolinguísticas. Os autores informaram que houve correlação entre o grau do distúrbio motor e o desempenho psicolinguístico.

Apesar da utilização consagrada do termo LPV, Volpe (2017) apresentou que este termo deveria ser substituído por “lesão da substância branca cerebral” e não LPV, pois este termo abrange todas as variedades de anormalidade cerebral não hemorrágica da substância branca, com ou sem necrose focal.

Volpe (2011) apresentou que a LPV é frequentemente acompanhada de doença neuronal/axonal, afetando a substância branca cerebral, tálamo, gânglios de base, córtex cerebral, tronco cerebral e cerebelo, informando que esta constelação de LPV e doença neuronal/axonal é suficientemente distinta para ser denominada “encefalopatia da prematuridade”.

A encefalopatia hipóxica isquêmica (EHI) é o resultado de lesão cerebral anóxica grave durante o período neonatal e acompanha a morbidade ao longo da vida, incluindo paralisia cerebral e mortalidade prematura (Adstamongkonkul, Hess, 2017). É a terceira causa de mortalidade neonatal, sendo a prematuridade e a sepse/pneumonia as principais causas (Dixon, Reis, Ho, Tang, & Zhang, 2015; Adstamongkonkul,

Hess, 2017).

Um aspecto importante da patogênese da EHI é a desregulação do fluxo cerebral. A regulação do fluxo cerebrovascular não depende da pressão arterial e há um mecanismo de autorregulação que mantém o fluxo constante. Na situação de asfixia, com a ocorrência de hipoxemia, hipercapnia e outros fatores, esta autorregulação é afetada e o fluxo sanguíneo cerebral passa a depender fundamentalmente da pressão arterial sistêmica.

Novac et al. (2019) apresentaram que o feto prematuro possui um sistema de autorregulação cerebrovascular imaturo e exibe uma circulação passiva por pressão. Quando confrontados com um período de hipóxia ou hipotensão sistêmica, os fetos prematuros são incapazes de sustentar o aumento da perfusão cerebral, o que os torna mais propensos a hipóxia-isquemia e lesão neurológica. Além deste mecanismo dependente do fluxo cerebrovascular, existem outros mecanismos importantes. A falha do mecanismo energético para a produção de produtos de alto conteúdo energético, a inativação dos neurotransmissores excitatórios, termina por criar uma cascata bioquímica, cujo produto final é a morte neuronal. A falha energética produz a despolarização cerebral, permitindo um fluxo intracelular de cálcio que por sua vez vai inativar o óxido nítrico sintetase e produzir radicais livres, cujo resultado final é a morte neuronal (Adstamongkonkul, Hess, 2017).

A encefalopatia da prematuridade compreende lesões combinadas da substância cinzenta e branca subjacentes a lesão cerebral pré-termo, incluindo LPV, resultantes dos efeitos da hipóxia-isquemia, infecção/inflamação e outros insultos que levam a toxidades combinadas, atribuíveis ao glutamato, radicais livres e citocinas. Sua fisiopatologia envolve, então, estresse oxidativo, falha na produção de energia mitocondrial, excotoxicidade glutamérgica e morte celular (Haynes et al., 2013; Adstamongkonkul, Hess, 2017).

A incidência de EHI é de 1 a 8 por 1.000 nascidos vivos nos países desenvolvidos, com taxas de até 26 por 1.000 nascidos vivos nos países em desenvolvimento (Kurunczuk, White-Koning, & Badawi, 2010; Douglas-Escobar, Weiss, 2015; Papazian, 2018). As manifestações clínicas incluem sintomas agudos, alteração do nível de consciência com ou sem convulsões, dificuldades respiratórias, alteração de tônus muscular e reflexos primitivos, distúrbios metabólicos, além de outras condições, como paralisia cerebral, deficiência intelectual, dificuldades de aprendizagem e epilepsia (Douglas-Escobar, Weiss, 2015; Dixon et al., 2015; Papazian, 2018).

Haynes e colaboradores (2013) apresentaram que dada a heterogeneidade e as diversas combinações das lesões que compõem a encefalopatia da prematuridade, bem como o momento específico do(s) insulto(s) nas épocas pré-termo inicial, média ou tardia, na segunda

metade da gestação, não surpreende que o espectro das anormalidades do desenvolvimento neurológico nos sobreviventes prematuros são amplas e incluem, muitas vezes, uma combinação de défices envolvendo comprometimentos cognitivos, motores, auditivos e visuais, as funções executivas e também a ocorrência de comportamentos do espectro autista.

Os danos à substância cinzenta, na encefalopatia da prematuridade, em regiões críticas para um maior processamento cognitivo são considerados, em grande parte responsáveis, por défices intelectuais em sobreviventes prematuros. Das estruturas da substância cinzenta, o tálamo, está criticamente envolvido na cognição por meio de extensas interconexões com o córtex cerebral (Haynes et al., 2013). A lesão talâmica em prematuros ocorre em pelo menos quatro padrões diferentes: gliose difusa com ou sem perda neuronal; microinfartos com perda neuronal focal; macroinfartos na distribuição da artéria cerebral posterior e status marmoratus (Ligam, Hayne, Foljeth, Liu, Yang, Volpe, & Kinney, 2009). Esses diferentes padrões provavelmente refletem mecanismos separados, incluindo hipóxia-isquemia difusa e embolia arterial focal, bem como possíveis características temporais diferentes dos insultos.

As formas clínicas da encefalopatia podem se manifestar de forma leve, moderada ou grave. Na forma leve, a recuperação pode ser total, mas cerca de 25% apresentarão alterações psicomotoras. Na forma moderada, de 10 a 20%, apresentarão sequelas neurológicas leves; de 10 a 25% sequelas neurológicas moderadas e de 30-50% sequelas neurológicas graves. Na forma grave, até 80% dos recém-nascidos sobrevivem e desenvolvem sequelas neurológicas graves, 10-20% sequelas neurológicas moderadas e 10% sequelas neurológicas leves. As sequelas previstas são paralisia cerebral, deficiência intelectual; convulsões, deficiência visual e/ou auditiva (Papazian, 2018).

Quanto à correlação clínico-patológica, Volpe (1995) apresentou que na necrose neuronal seletiva há alterações no nível de consciência, convulsões e hipotonia, quadriparesia espástica e alterações cognitivas; o status marmoratus: clinicamente se apresenta com quadriparesia espástica com alterações cognitivas, pois esta lesão frequentemente se associa com isquemia cortical; na necrose parassagital há o envolvimento principalmente das extremidades proximais e os défices intelectuais se relacionam particularmente com as lesões localizadas posteriormente (regiões parieto-occipital-temporal), regiões estas importantes para o desenvolvimento da linguagem e funções auditivas e visuais; na necrose focal ou multifocal as manifestações dependem da localização da lesão, mas geralmente ocorrem convulsões focais em 80% a 85% dos recém-nascidos com infarto cerebral unilateral (convulsão focal contralateral a lesão), hemiparesia e alterações cognitivas

em 30% dos casos; na leucomalácia periventricular verifica-se diplegia espástica e alterações visuais frequentes, interferindo nos processos de aprendizagem e desenvolvimento da linguagem.

A identificação de eventos hipóxicos-isquêmicos/asfíxiais perinatais em bebês prematuros é um desafio em comparação com a identificação desses eventos em nascidos a termo. Para o bebê prematuro extremo serão necessários critérios diferentes para complementar a evidência de troca gasosa placentária-fetal prejudicada, porque o exame clínico fornece poucas informações sobre a presença ou ausência de disfunção neurológica, a menos que a condição seja extrema. As terapias neuroprotetoras estendidas por intervalos de tempo mais longos podem ser apropriadas para bebês prematuros extremos com risco de lesão por múltiplas morbidades da prematuridade (Laptook, 2016).

Devido a essa variedade de apresentações histopatológicas, o estudo da encefalopatia da prematuridade é complexo e intrincado, especialmente considerando que um único padrão neuropatológico pode ser um "mecanismo patogênético" para o desenvolvimento de outras lesões cerebrais, incluindo lesões remotas (Volpe, 2011). Como resultado, são observados padrões mistos com duas ou mais lesões em diferentes estágios e com evolução diferente em cada tipo, descrevendo um caso "verdadeiro" de encefalopatia da prematuridade (Volpe, 2017).

O acidente vascular cerebral (AVC) perinatal pode ser dividido em AVC isquêmico arterial perinatal (AVCI) e trombose sinovenosa cerebral (TSC), responsável por 70% e 10% dos casos, respectivamente. Os 20% restantes dos derrames perinatais são de hemorragia intracerebral (Benders, Groenendaal, Uiterwaal, & de Vries, 2008; Novac et al., 2018). Os estudos sobre AVCI se concentram em bebês a termo ou prematuros tardios; no entanto, os prematuros nascidos em qualquer idade gestacional, também podem sofrer AVC devido a oclusão arterial (AVCI) ou venoso (TSC) (Benders et al., 2008).

O acidente vascular cerebral AVC perinatal isquêmico foi definido como "um grupo de condições heterogêneas em que há uma interrupção focal do fluxo sanguíneo cerebral secundário a trombose ou embolização venosa arterial ou cerebral, que ocorre entre a 20ª semanas de vida fetal até o 28º dia pós-natal" (Lehman, Rivkin, 2014).

Convulsões são os sintomas apresentados em até 95% dos casos dos nascidos a termo, com um atraso no início da convulsão por mais de 12 horas após o nascimento ou a presença de convulsão motora focal sendo preditores de AVC. Além das convulsões, quase dois terços apresentam sinais neurológicos difusos ou focais. Bebês prematuros podem apresentar sinais mais sutis, incluindo dificuldade respiratória ou apneia e dificuldades na alimentação (Lehman, Rivkin, 2014; Novac et al., 2018). Kirton (2013) apresentou que o AVC perinatal constitui a principal causa de paralisia cerebral hemiparética e a maioria dos

sobreviventes manifestarão sequelas neurológicas adicionais, incluindo deficiências intelectuais, comprometimento de linguagem, do comportamento e epilepsia.

Adam-Chapman (2009) relatou que o cerebelo tem um papel importante em muitas funções que afetam o funcionamento neurocognitivo, incluindo função cognitiva, habilidades motoras finas, coordenação e sequenciamento motor. Informou que os exames de neuroimagens mais aprimorados permitiu diagnosticar lesão cerebral e cerebelar em nascidos prematuros. Os volumes cerebelares foram reduzidos em todos os bebês com achados supratentoriais anormais do SNC e os lactentes com infarto hemorrágico periventricular tiveram volumes cerebrais reduzidos no hemisfério cerebelar contralateral (Adam-Chapman, 2009; Zomignani et al., 2009). Esses achados sugerem uma relação trófica entre o desenvolvimento de tecidos cerebrais e cerebelares, ou seja, parece haver uma relação importante entre lesão cerebral no córtex e o crescimento e desenvolvimento do cerebelo (Adam-Chapman, 2009).

A paralisia cerebral (PC) refere-se a um comprometimento motor heterogêneo observado em bebês nascidos em todas as idades gestacionais, mas é mais comum em bebês nascidos prematuros (Spittle, Morgan, Olsen, Novak, & Cheong, 2018). De acordo com Favrais et al. (2014) de 5 a 10% dos bebês nascidos prematuros irão desenvolver PC e de 25 a 50% apresentarão comprometimentos cognitivos e transtornos comportamentais. Douglas-Escobar e Weiss (2015) relataram que lesões na substância branca e cinzenta podem estar associadas a paralisia cerebral em nascidos prematuros. Vários estudos relacionam insultos cerebrais em prematuros com a PC (Silveira-Procyanoy, 2005; Tang-Way et al., 2006; Resch et al., 2011; Haynes et al., 2013; Payne et al., 2013; Favrais et al. 2014; Gozdas et al., 2018; Spittle et al., 2018; Volpe, 2019).

Favrais e colaboradores (2014) apresentaram que nas últimas décadas, houve um progresso considerável no manejo perinatal de recém-nascidos prematuros de alto risco, mudando o cenário de condições patológicas associadas a deficiências neurológicas, com tratamentos mais eficientes voltados a neuroproteção. Informaram que atualmente, as principais lesões destrutivas focais são menos comuns, e a lesão neuropatológica predominante refere-se a dano difuso da substância branca em bebês mais imaturos.

Os estudos aqui reportados apresentaram as possibilidades de insultos neurológicos nas crianças nascidas prematuras com consequências diversas relacionadas ao desempenho motor, linguístico, cognitivo e emocional. Além de refletir no processamento das informações auditivas, visuais e cinestésicas com interferência para os processos de aprendizagem e habilidades pessoal-social, socialização e autocui-

dados. Cabe ressaltar, entretanto, que as crianças nascidas prematuramente são de risco para tais alterações e há crianças nascidas nesta condição que apresentarão desenvolvimento normativo. Diante o exposto, reforça-se a importância do acompanhamento longitudinal, com estratégias de intervenção no sentido de minimizar os efeitos deletérios do nascimento prematuro.

Referências

Adams-Chapman I. (2009). Insults to the developing brain and impact on neurodevelopment outcome. *Journal of Communication Disorders*, 42(4), 256-262. doi: 10.1016 / j.jcomdis.2009.03.010

Adstamongkonkul, D., & Hess, D.C. (2017). Ischemic Conditioning and neonatal hypoxic ischemic encephalopathy: a literature review. *Conditioning Medicine*, 1(1), 9-16.

Anderson, P. J., De Luca, C. R., Hutchinson, E., Spencer-Smith, M. M., Roberts, G., & Doyle, L. W. (2011). Attention problems in a representative sample of extremely preterm/extremely low birth weight children. *Developmental Neuropsychology*, 36, 57–73. doi: 10.1080/8756541.2011.541538

Back, S. A. (2017). White matter injury in the preterm infant: pathology and mechanisms. *Acta Neuropathologica*, 134(3), 331-349. doi: 10.1007 / s00401-017-1718-6.

Benders, M.J., Groenendaal, F., Uiterwaal, C. S., & de Vries, L. S. (2008) Perinatal Arterial Stroke in the Preterm Infant. *Seminars in Perinatology*, 32(5), 344-349. doi: 10.1053 / j.semperi.2008.07.003

Brezan, F., Ritivoiu, M., Dragan, A., Codreanu, I., Raducanu, D., Feier, D., & Anca, I. A. (2012). Preterm screening by transfontanelar ultrasound - results of a 5 years cohort study. *Medical Ultrasonography*, 14(3), 204-210.

Dixon, B. J., Reis, C., Ho, W. M., Tang, J., & Zhang, J. H. (2015). Neuroprotective Strategies after Neonatal Hypoxic Ischemic Encephalopathy. *International Journal of Molecular Sciences*, 16(9), 22368-22401. Doi:10.3390/ijms160922368

Douglas-Escobar, M., & Weiss, M. D. (2015). Hypoxic-Ischemic Encephalopathy: a review for the clinician. *JAMA Pediatrics*, *169*(4), 397-403. doi: 10.1001 / jamapediatrics.2014.3269

Favrais, G., Tourneux, P., Lopes, E., Durrmeyer, X., Gascoin, G., Ramful, D., Zana-Taieb, E., & Baud, O. (2014). Impact of common treatments given in the perinatal period on the developing brain. *Neonatology*, *106*(3), 163-172. doi: 10.1159 / 000363492.

Gonçalves, M. C. P. (2012). Prematuridade. In: *Prematuridade: Desenvolvimento neurológico e motor: Avaliação e tratamento* (pp. 83-96). Rio de Janeiro, Revinter.

Gozdas, E., Parikh, N. A., Merhar, S. L., Tkach, J. A., He, L., & Holland, S.K. (2018). Altered functional network connectivity in preterm infants: antecedents of cognitive and motor impairments? *Brain Structure and Function*, *223*(8), 3665-3680. doi: 10.1007 / s00429-018-1707-0.

Haynes, R. L., Sleeper, L. A., Volpe, J. J., & Kineey, H. C. (2013). Neuro-pathologic studies of the encephalopathy of prematurity in the late preterm infant. *Clinics in Perinatology*, *40*(4), 707-722. doi: 10.1016 / j.clp.2013.07.003

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*, *14*(16), 355-368. doi: 10.1016/j.nicl.2017.08.015.

Kirton, A. (2013). Modeling developmental plasticity after perinatal stroke: defining central therapeutic targets in cerebral palsy. *Pediatric Neurology*, *48*(2), 81-94. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2012.08.001.

Kurinczuk, J. J., White-Koning, M., & Badawi, N. (2010). Epidemiology of neonatal encephalopathy and hypoxic-ischaemic encephalopathy. *Early Human Development*, *86*(6), 329-338. doi: 10.1016 / j.earlhum-dev.2010.05.010.

Lamônica, D. A. C., & Ferraz, M. D. P. (2007). Periventricular leukomalacia and spastic diplegia: implications in the psycholinguistic abilities. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, *19*(4), 357-362.

Laptook, A. R. (2016). Birth Asphyxia and Hypoxic-Ischemic Brain Injury in the Preterm Infant. *Clinics in Perinatology*, *43*(3), 529-545. doi: 10.1016 / j.clp.2016.04.010

Lehman, L. L., & Rivkin, M. J. (2014). Perinatal arterial ischemic stroke: presentation, risk factors, evaluation, and outcome. *Pediatric Neurology*, 51(6), 760-768. doi: 10.1016 / j.pediatrneurol.2014.07.031.

Ligam, P., Hayne, R. L., Foljeth, R. D., Liu, L., Yang, M., Volpe, J. J., & Kinney, H. C. (2009). Thalamic damage in periventricular leukomalacia: novel pathologic observations relevant to cognitive deficits in survivors of prematurity. *Pediatric Research*, 65(5), 524-529. doi: 10.1203 / PDR.0b013e3181998baf.

Marba, S. T. M., Rosa, I. R. M., & Caldas, J. P. S. (2012). Recém-nascido pré-termo na unidade de terapia intensiva. In T. J. S. Riechi and M. V. L. Moura-Ribeiro (Eds.), *Desenvolvimento da criança nascida pré-termo* (pp. 23-34). Rio de Janeiro: Revinter.

Moura-Ribeiro, M. V. L. (2012). Primeiras experiências e consequências no neurodesenvolvimento de crianças. In T. J. S. Riechi and M. V. L. Moura-Ribeiro (Eds.), *Desenvolvimento da criança nascida pré-termo* (pp. 3-8). Rio de Janeiro: Revinter.

Novak, C. M., Ozen, M., & Burd, I. (2018). Perinatal Brain Injury: Mechanisms, Prevention, and Outcomes. *Clinics in Perinatology*, 45(2), 357-375. Doi: 10.1016/j.clp.2018.01.015

Papazian, O. (2018). Neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. *Medicina (B Aires)*, 78(2), 36-41.

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. doi: 10.1001 / jamapediatrics.2013.866.

Ramenghi, L. A. (2015). Late preterm babies and the risk of neurological damage. *Acta Biomedemica*, 86(1), 26-40.

Raybaud, C., Ahmad, T., Rastegar, N., Shroff, M., & Al Nassar, M. (2013). The premature brain: developmental and lesional anatomy. *Neuroradiology*, 55(2), 23-40. doi: 10.1007 / s00234-013-1231-0.

Reed, U. C. (2005). O desenvolvimento normal do sistema nervoso central. In R. Nitrini and L. A. Bacheschi, (Eds.) *A neurologia que todo médico deve saber (2a ed)* (pp. 393-399). São Paulo: Atheneu.

Resch, B., Resch, E., Maurer, U., & Mueller, W. (2011). Periventricular leukomalacia and neurodevelopmental outcome. *The Journal of Pediatrics*, 159(6), 1049-1050. Doi: 10.1016/j.jpeds.2011.08.025.

Resch, B., Resch, E., Maurer-Fellbaum, U., Pichler-Stachl, E., Riccabona, M., Hofer, N., & Urlesberger, B. (2015). The whole spectrum of cystic periventricular leukomalacia of the preterm infant: results from a large consecutive case series. *Child Nervous System*, 31(9), 1527-1532. doi: 10.1007 / s00381-015-2786-3.

Silveira, R. C., & Procianoy, R. S. (2005). Ischemic brain damage in very low birth weight preterm newborn infants. *Jornal de Pediatria*, 81(1), S23-S32. doi: 10.2223/1297.

Spittle, A. J., Morgan, C., Olsen, J. E., Novak, I., & Cheong, J. L. Y. (2018). Early diagnosis and treatment of cerebral palsy in children with a history of preterm birth. *Clinics in Perinatology*, 45(3), 409-420. doi: 10.1016 / j.clp.2018.05.011.

Tang-Wai, R., Webster, R. I., & Shevell, M. I. (2006). A clinical and etiologic profile of spastic diplegia. *Pediatric Neurology*, 34(3), 212-218. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2005.08.027.

Volpe, J. J. (2019). Dysmaturation of Premature Brain: Importance, Cellular Mechanisms, and Potential Interventions. *Pediatric Neurology*, 95, 42-66. Doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2019.02.016

Volpe, J. J. (2011). Systemic inflammation, oligodendroglial maturation and the encephalopathy of prematurity. *Annals of Neurology*, 70(4), 525-529. doi: 10.1002 / ana.22533.

Volpe, J. J. (1995). Hypoxic-ischemic encephalopathy. In J. J. Volpe. *Neurology of newborn* (2^a ed) (pp 211-300). Philadelphia. Saunders Company.

Volpe, J. J. (2017). Confusions in nomenclature: "Periventricular Leukomalacia" and "White matter injury" – Identical, distinct, or overlapping? *Pediatric Neurology*, 73, 3-6. Doi: 10.1016 / j.pediatrneurol.2017.05.013.

Zomignani, A. P., Zambelli, H. J., & Antonio, M. (2009). Cerebral development in preterm newborn infants. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(2), 198-203.

Agradecimentos

Parceria científica: Prof. Doutor Pedro Lopes dos Santos da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e Prof. Doutora Marina Fuertes da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

UM OLHAR SOBRE A GRANDE PREMATURIDADE: A INVESTIGAÇÃO COM BEBÉS NASCIDOS COM MENOS DE 32 SEMANAS DE GESTAÇÃO

Sandra Antunes

sandra.antunes@estimulopraxis

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Marina Furtres

marina@eselx.ipl.pt

Escola Superior de Educação de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa

e Centro de Psicologia da Faculdade de Psicologia e

Ciências da Educação da Universidade do Porto

João Moreira

joão.moreira@campus.ul.pt

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.115>

Resumo

Os bebés de pré-termo (com menos de 32 semanas) ou com muito baixo peso ao nascer (abaixo dos 1500g) apresentam um risco agravado de problemas de saúde e constitucionais, capazes de afetar o seu desenvolvimento. A taxa de sobrevivência de bebés com grande e extrema prematuridade aumentou na última década, com a melhoria dos cuidados peri e neonatais. Contudo, estes bebés enfrentam um significativo conjunto de problemas durante a fase perinatal, que podem fazer perigar a sua sobrevivência e qualidade de vida. Neste sentido, importa rever o estado de arte sobre a grande prematuridade e sumarizar o conhecimento atual em relação às causas e consequências do parto prematuro, assim como aos fatores que podem moderar essas

consequências. No presente artigo, o desenvolvimento psicológico dos bebês de pré-termo, com menos de 32 semanas de gestação, é abordado em quatro domínios – desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento emocional e comportamental, desenvolvimento social e adaptação escolar – dando-se especial ênfase aos aspetos que mais influenciam a sua qualidade de vida. Espera-se que esta revisão de literatura contribua para um melhor conhecimento sobre o desenvolvimento do bebê pré-termo e para a compreensão do papel da família nesse percurso.

Palavras-Chave: prematuridade; saúde e comorbilidades; desenvolvimento socioemocional; neurodesenvolvimento.

Introdução

O avanço tecnológico e do conhecimento na área peri-natal, aliado à melhoria das condições de vida nas unidades de terapia intensiva neonatais, têm sido associados ao aumento da taxa de sobrevivência do recém-nascido de pré-termo (Méio, Lopes & Morsch, 2003; Twilhaar, Wade, de Kieviet, van Goudoever, van Elburg & Oosterlaan, 2018).

Contudo, a sua sobrevivência desencadeou novos desafios. Alguns estudos dedicaram-se a compreender o bebê pré-termo nascido com menos de 32 semanas, descrevendo possíveis alterações de desenvolvimento associadas ao nascimento de recém-nascidos de pré-termo, designadamente problemas de comportamento e aprendizagem (e.g., Twilhaar, et al. 2018). Os resultados destas investigações tendem a indicar que crianças nascidas com extremo baixo peso ou com idade gestacional inferior a 32 semanas apresentam uma prevalência superior de alterações neurológicas e atraso de desenvolvimento nos primeiros anos de vida (e.g., Voigt, Pietz, Pauen, Kliegel & Reuner, 2012). Posteriormente, na idade escolar, estas crianças tendem a apresentar mais frequentemente problemas educacionais, comportamentais e psicológicos (Marcos, 2013; Spittle, Orton, Anderson, Boyd & Doyle, 2015). Na adolescência e idade adulta podem persistir algumas diferenças no seu desempenho em relação à restante população (Anderson, 2014; Huhtala, Korja, Lehtonen, Haataja, Lapinleimu & Rautava, 2013).

Neste âmbito, o presente artigo pretende ser um recurso relevante para os profissionais, tendo como objetivo principal sumariar o estado do conhecimento atual relativo à temática das consequências da prematuridade para o desenvolvimento da criança e aos fatores inerentes ao nascimento prematuro, dando especial ênfase ao neurodesenvolvimento.

A prematuridade: definições e classificação

Estima-se que em cada ano nasçam aproximadamente 15 milhões de bebês pré-termo, ou seja, mais de um em cada 10 nascimentos, verificando-se que este número tem vindo a aumentar nos últimos 20 anos. A prematuridade é considerada uma das principais causas de mortalidade em crianças menores de cinco anos, tendo causado a morte de aproximadamente um milhão de crianças em 2015. Mais, sabe-se que três quartos destas mortes poderiam ser evitados com as intervenções médicas atualmente disponíveis e comprovadamente eficazes (Liu, Oza, Hogan, Chu, Perin, Zhu, et al., 2016).

A prematuridade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o nascimento que ocorre antes das 37 semanas de gestação. O limite das 37 semanas para o parto prematuro decorre de ser uma idade crítica em termos de maturidade do desenvolvimento intrauterino e da preparação do corpo da mulher para o parto (Quinn, Munoz, Gonik, Frau, Cutland, Mallett-Moore, Kissou, Wittke, Das, Nunes, Pye, Watson, Ramos, Cordero, Huang, Kochhar & Buttery, 2016).

A definição da taxa de prematuridade sofreu alterações em alguns países desenvolvidos, por se ter colocado em causa a inclusão ou não dos nascimentos sem vida de bebês pré-termo nas taxas de nascimentos de pré-termo a nível nacional e internacional. O cálculo da mortalidade infantil em bebês prematuros depende da inclusão ou não dos nascimentos de bebês sem vida. Sabe-se que 80% de todos os bebês nascidos sem vida, em países desenvolvidos, nasceram de pré-termo, representando 5% de todos os partos pré-termo. Verifica-se, assim, que ter em conta apenas nascimentos de bebês com vida subestima a verdadeira taxa de partos pré-termo (Flenadyetal, 2011; Krameretal, 2012).

Segundo a OMS (2012), em 184 países estudados, a taxa de nascimentos pré-termo, definida como o número de nascimentos de bebês com vida antes de 37 semanas completas de gestação, por 100 nascimentos de bebês vivos, varia de 5% a 18% dos recém-nascidos. Esta taxa varia de forma significativa entre os diferentes países do mundo. Nos países em desenvolvimento, a taxa de prematuridade é, em média, de 12%, sendo que nos países desenvolvidos é de 9%. Os 10 países com o maior número de nascimentos pré-termo são os seguintes: Índia, China, Nigéria, Paquistão, Indonésia, Estados Unidos da América, Bangladesh, Filipinas, República Democrática do Congo e Brasil. Os 10 países com maior taxa de prematuridade são os seguintes: Malawi, Ilhas Comores, Congo, Zimbábue, Guiné Equatorial, Moçambique, Gabão, Paquistão, Indonésia e Mauritânia (Blencowe et al., 2012; OMS, 2017). Na Europa a prematuridade tem uma taxa de 5-9% (Goldenberg, Cullane,

lams & Romero, 2008), sabendo-se especificamente que, em 2016, nasceram em Portugal 87.126 bebês com uma taxa de prematuridade a rondar os 8% (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2018).

Em contextos de países em desenvolvimento, metade dos bebês nascidos com 32 semanas não sobrevivem, muitos por falta de cuidados básicos e de saúde que permitam combater infecções e problemas respiratórios. Nos países desenvolvidos, quase 70% bebês com menos de 32 semanas sobrevivem (OMS, 2012).

Relativamente à classificação da prematuridade, segundo a OMS, o parto prematuro pode subdividir-se, tendo em conta a idade gestacional: *extremamente prematuro* (< 28 semanas), *muito prematuro* (28 ≤ 32 semanas) e *prematuro moderado a tardio* (32 ≤ 37 semanas completas de gestação).

O National Health and Research Council ([NHRC], 2000) classifica a prematuridade em termos de peso ao nascimento: baixo peso ao nascer (1500-2500g), muito baixo peso ao nascer (1000-1500g) e extremamente baixo peso ao nascer (menos de 1000g). O NHRC (2000) considera, igualmente, o quociente entre o peso e a idade gestacional na altura do nascimento, fazendo distinção entre bebês pré-termo adequados e bebês pré-termo pequenos.

A prematuridade é, contudo, difícil de determinar, especialmente no que diz respeito ao nascimento de extremo pré-termo (por um é dia ou poucas horas, o recém-nascido é dado como extremo prematuro, quando a data da concepção é por vezes difícil de determinar com a mesma precisão). Deste modo, tornam-se complexas as comparações das taxas de prematuridade intra e inter países. Este limite deverá ser considerado à luz de fatores de risco e suas causas (Blencowe, Cousens, Oestergaard, Chou, Moller, & Narwal, 2012).

Fatores que contribuem para a ocorrência do parto prematuro

Um dos grandes desafios de uma abordagem ao tema da prematuridade é o da caracterização etiológica do nascimento prematuro, uma vez que esta é uma condição resultante de múltiplas vias etiológicas, envolvendo mecanismos biológicos e ambientais. Estas vias etiológicas são complexas e pouco conhecidas, apesar dos esforços significativos da pesquisa e de fatores de riscos já bem estabelecidos para a compreensão da etiologia da prematuridade (Frey & Klebanoff, 2016).

O parto prematuro pode ocorrer de forma espontânea (20-30% dos casos), pela rutura de membranas (30-40%), ou ser medicamente indu-

zido (35 a 40%). A maioria dos partos pré-termo ocorrem espontaneamente. Porém, alguns acontecem devido à indução precoce do trabalho de parto ou devido à necessidade de se realizar uma cesariana, por razões médicas ou não médicas (OMS, 2016; Mendz, Kaakoush & Quinlivan, 2013).

As causas do parto prematuro podem estar associadas a fatores de ordem bioquímica, imunológica, histopatológica ou anatômica. Na origem de um parto prematuro existem vários mecanismos patogênicos que, embora sejam diferentes, têm vias bioquímicas comuns de estímulo à contractilidade uterina e a alterações bioquímicas que levam à rotura de membranas e à modificação das características do colo do útero, são eles: ativação de mecanismos hormonais fetal-maternos, de inflamação, hemorragia tecidual e distensão anormal do útero (García-Blanco, Diago, De La Cruz, Hervás, Cháfer-Pericás & Vento, 2017).

Múltiplos fatores podem estar na origem do parto prematuro, identificando-se fatores de risco epidemiológicos (fatores maternos, paternos e fetais), ambientais (socioeconômicos, psicossociais, stress, infecções, nutrição e poluição) e genéticos ou epigenéticos (Murphy, 2007; Frey & Klebanoff, 2016; Mendz et al., 2013). A gravidez gemelar é um dos fatores de risco com maior prevalência, tal como a hemorragia vaginal (que decorre da placenta prévia e do deslocamento da placenta). A prevalência de repetição de parto prematuro varia entre 17 e 40%, prevalência associada ao número de partos pré-termo anteriores.

As infecções, urogenitais ou sistêmicas, como pneumonias, pielonefrite ou apendicite aguda, são causas frequentes para o aumento da atividade uterina, podendo assim originar um parto prematuro. A infecção intrauterina está associada a mais de 40% dos casos de partos pré-termo espontâneos, sobretudo em idades gestacionais mais precoces, e a 60% dos casos de rotura de membranas (Purisch & Gyamfi-Bannerman, 2017). Igualmente, as infecções dentárias-periodontite são consideradas fatores de risco para a prematuridade (Winning & Linden, 2015). A placenta prévia ou deslocamento da placenta, dando origem a hemorragia vaginal, é outro fator de risco para o parto prematuro, com uma prevalência tão elevada como a da gravidez gemelar (Purisch & Gyamfi-Bannerman, 2017). Problemas ginecológicos (e.g., malformações uterinas; fibromiomas; incompetência cervico-ístmica) podem também estar na origem de um parto prematuro, bem como um peso muito baixo da mãe antes da gravidez, ou grandes alterações da quantidade de líquido amniótico (Melo, Oliveira & Mathias, 2013; Sansavini et al., 2014; Nabet et al., 2010). Evidências ao nível da fisiologia do parto, também indicam que há processos imunológicos e neuroendócrinos envolvidos no desenrolar do trabalho de parto normal e de pré-termo.

Quanto aos fatores ambientais, condições sociais adversas, como dificuldades económicas, problemas sociais e comportamentais, e baixo

nível educacional, estão positivamente correlacionadas com o aumento do risco de parto prematuro. A idade materna (Purisch & Gyamfi-Banerman, 2017) e a qualidade da saúde da mãe, afetada por doenças crônicas (e.g., diabetes e pressão arterial elevada; OMS, 2016), podem afetar o tempo de nascimento. Ainda associado à mãe, o stress materno crônico torna-se um fator de risco importante e independente para o parto pré-termo, podendo resultar numa ativação prematura dos sistemas endócrinos entre o feto e a mãe (García-Blanco, et al., 2017).

Outros estudos colocam a hipótese de uma predisposição genética, indiciada pela história pessoal, familiar ou étnica (Melo, Oliveira & Mathias, 2013; Sansavini et al., 2014; OMS, 2016).

Em suma, são múltiplos os fatores que desencadeiam o nascimento prematuro, sendo que estes fatores de risco biológico e ambiental podem acentuar ou amenizar as consequências da prematuridade.

Consequências da prematuridade

Se a prematuridade acarreta um risco acrescido, no que diz respeito à trajetória de desenvolvimento destes bebês, não podemos, contudo, considerar linearmente o seu efeito no desenvolvimento. A resiliência é evidente numa percentagem considerável dos bebês de pré-termo, que se desenvolvem de forma saudável e autónoma (Green, Darbyshire, Adams & Jackson, 2015).

Todavia, da prematuridade podem resultar consequências, quer para a criança, no seu desenvolvimento físico, psicológico e mental, quer para os pais, ao nível do seu equilíbrio emocional e no exercício da parentalidade (Verhoeven, Lasham, Meijssen, & Van Baar, 2015). Com efeito, o parto prematuro é uma perturbação da gravidez e representa um aumento do stress para estas famílias (Green et al., 2015). O nascimento extremamente prematuro ocorre num momento de rápido desenvolvimento e maturação de órgãos fetais (Green et al., 2015). As consequências da prematuridade podem ser organizadas em quatro principais áreas de impacto: a) saúde geral, b) neurodesenvolvimento, c) comportamento e d) desenvolvimento socio-emocional.

Quanto à saúde geral, alguns bebês prematuros apresentam alterações nas medidas antropométricas: peso, altura, perímetro cefálico e braquial (Arnaud et al., 2008). Contudo, é no domínio do neurodesenvolvimento que as complicações podem ser mais prejudiciais ao desenvolvimento. Segundo Szpecht, Szymankiewicz, Nowak e Gadzinski (2016), as crianças muito prematuras e com baixo peso ao nascer possuem risco mais elevado de desenvolvimento da hemorragia in-

traventricular. As possíveis lesões cerebrais no recém-nascido pré-termo podem ser múltiplas, sendo que a hemorragia peri-intraventricular (HPIV) permanece a lesão mais descrita e conhecida. A presença de lesões hemorrágicas e de infarto hemorrágico parenquimatoso é mais frequente em neonatos pré-termo com idade gestacional inferior a 28 semanas (Hinojosa-Rodríguez et al., 2017; Raybaud et al., 2013; Zomignani et al., 2009).

Aproximadamente 26% dos recém-nascidos de muito baixo peso, entre 500 e 750 gramas, e 12% dos recém-nascidos entre 751 a 1000 gramas, desenvolverão formas graves de hemorragia (Zomignani et al., 2009). A leucomalácia periventricular (LPV) ocorre em 7 a 26% dos prematuros com peso de nascimento inferior a 1.500 g. E a principal sequela pode ser a paralisia cerebral do tipo diplegia espástica. A LPV afeta, geralmente, fibras motoras descendentes do córtex e fibras de associação das funções visuais, auditivas e somestésicas, trazendo impacto para o desenvolvimento de habilidades perceptivas e interferindo nas habilidades psicolinguísticas (Lamônica & Ferraz, 2007).

Os padrões de alimentação infantil também podem ter impacto no desenvolvimento do bebê pré-termo, uma vez que o leite humano contém muitos nutrientes que influenciam o neurodesenvolvimento. A incorreta nutrição e o fraco crescimento durante determinados períodos críticos do desenvolvimento irão influenciar a saúde a longo prazo (American Academy of Pediatrics, 2012). Os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas têm a necessidade de um apoio nutricional muito mais exigente, uma vez que estas crianças estão muito vulneráveis a défices nutricionais e é essencial o aumento do seu peso (Bhatia & Parish, 2009). O fraco crescimento está associado a complicações tais como displasia broncopulmonar (Wemhoner, Ortner, Tschirch, Strasak & Rudiger, 2011), retinopatia da prematuridade (Hellstrom et al., 2009), alterações no neurodesenvolvimento, e ainda a outras a longo prazo, como baixa massa óssea, diabetes, doença coronária e morte precoce (Wemhoner, et al., 2011). Para uma boa nutrição nos bebês pré-termo, é necessário ter-se em consideração alguns fatores importantes, como a idade gestacional, o peso, a idade cronológica, a tolerância alimentar, a capacidade de absorção intestinal, entre outros (Wackernagel, Bruckner & Ahlsson, 2015).

Uma comorbilidade frequente nos bebês nascidos de pré-termo é a displasia broncopulmonar. De acordo com Greenough (2013), a existência de alterações na função pulmonar é comum durante os primeiros dois anos de vida, em bebês muito pré-termo, cuja idade gestacional seja inferior a 32 semanas. A displasia broncopulmonar é uma doença crônica que afeta os recém-nascidos pré-termo (Xu, 2016) e que afeta bebês que permanecem dependentes do oxigênio por um período superior a 28 dias (Greenough, 2013). Quando ocorre esta problemática,

isso significa que os pulmões têm um problema no seu desenvolvimento, ou seja, não possuem a complexidade estrutural completa; logo, a área para as trocas gasosas é reduzida (Greenough, 2013). Como consequência, os bebês pré-termo com menos de 32 semanas de idade gestacional podem ter a necessidade de oxigênio suplementar, mesmo quando têm alta hospitalar (Greenough et al., 2006). Existem vários fatores de risco para o desenvolvimento da displasia broncopulmonar, nomeadamente a ventilação mecânica, o tipo de oxigênio utilizado, a presença de inflamação e outros estímulos encontrados nas unidades neonatais (Xu, 2016). De acordo com o mesmo autor, os bebês que não estão sujeitos a estes fatores de risco podem também desenvolver esta problemática e, ao momento, ainda não possuímos nenhum método de prevenção nem nenhum tratamento para esta alteração na função pulmonar (Islam, Keller, Aschner, Hartert & Moore, 2015).

Nos primeiros anos de vida dos bebês pré-termo, a readmissão nos hospitais é muito comum, principalmente nos bebês que desenvolveram a displasia broncopulmonar (Greenough, 2013). Verificou-se que 73% das crianças com displasia broncopulmonar necessitaram de voltar ao hospital nos primeiros dois anos de vida, e 27% voltaram três ou mais vezes (Greenough et al., 2006), sobretudo devido a infeções respiratórias (Broughton et al., 2005). No entanto, de acordo com Greenough (2013), os bebês com menor peso ao nascer apresentaram um maior risco para o desenvolvimento de infeções respiratórias, o que corrobora as conclusões de Xu (2016), que verificou que a idade gestacional precoce e o baixo peso são os fatores mais significativos no desenvolvimento imaturo do pulmão e na manifestação da displasia broncopulmonar.

Num estudo realizado por Choukroun et al. (2013), verificou-se a existência de problemas a nível respiratório em crianças com 11 anos de idade que nasceram antes das 32 semanas de gestação. Alterações pulmonares obstrutivas, reduzida capacidade aeróbia e uma menor capacidade de adaptação ventilatória durante o exercício físico máximo são algumas das características desta população no início da adolescência (Cazzato, Ridolfi, Bernardi, Faldella & Bertelli, 2012). A avaliação exata do estado respiratório de todas as crianças cujo nascimento foi muito prematuro, independentemente da presença ou não de displasia broncopulmonar, possibilita uma intervenção precoce a nível respiratório, de forma a que o risco do comprometimento da função pulmonar seja reduzido (Choukroun et al., 2013).

Os recém-nascidos pré-termo com idade gestacional inferior a 32 semanas, encontram-se bastante suscetíveis a problemas neurológicos, como as hemorragias peri-intraventriculares, hipotensão e ainda à sua dependência do ventilador, o que irá alterar o equilíbrio e a estabilidade hemodinâmica (El-Khuffash, Jain, Dragulescu, McNamara, & Mer-

tens, 2012). As hemorragias intraventriculares ocorrem em 27% dos bebês nascidos com peso inferior a 1500g, e são caracterizadas pelo sangramento após o rompimento de vasos sanguíneos no tecido da matriz germinativa do cérebro em desenvolvimento, para o sistema ventricular (Allen, 2013). De acordo com o mesmo autor, estas hemorragias estão divididas por graus, sendo o grau I o menos grave e o grau IV o mais grave. Esta hemorragia acontece em cerca de 90% dos casos durante os primeiros três dias de vida (Allen, 2013). A hemorragia leve, classificada como I (hemorragia localizada somente na matriz germinativa) ou II (hemorragia intraventricular com tamanho dos ventrículos normais), é a mais frequente na maioria dos casos, embora não cause problemas a longo prazo (Payne et al., 2013). No entanto, as hemorragias de grau III (hemorragia intraventricular com dilatação ventricular aguda) e IV (hemorragia intraventricular com comprometimento do parênquima cerebral), presentes em cerca de 60% dos bebês nascidos, podem contribuir para alterações cognitivas (Payne et al., 2013).

Das diferentes áreas do neurodesenvolvimento, verifica-se que o domínio do desenvolvimento motor também parece vulnerável a um nascimento prematuro, pois é afetado por fatores biológicos, como a interrupção da maturação cerebral típica no útero, e a fatores ambientais, como as restrições posturais na unidade de terapia intensiva neonatal (Sansavini et al., 2014).

No domínio da linguagem e comunicação são verificadas alterações (Espírito Santo, Portuguese & Nunes 2009; Sansavini et al., 2011; Schirmer Portuguese & Nunes, 2006), observando-se dificuldades na linguagem receptiva e expressiva (Pedromônico, 2006; Pereira & Funayama, 2004), nas áreas de coordenação visuomotora, planeamento, organização e formação de conceitos verbais, pensamento associativo e capacidade de síntese (Smith, DeThorne & Logan, 2014; Spittle, et al., 2015).

Voigt e colegas (2012) reforçam também que o nascimento prematuro pode ser um fator de risco para o desenvolvimento cognitivo durante a infância. De facto, a prematuridade aumenta o risco de uma criança apresentar diversos problemas desenvolvimentais, incluindo a nível neurodesenvolvimental, défices de visão e audição, problemas cognitivos, motores e comportamentais, com impactos sobre o desenvolvimento cognitivo (Spittle, Orton, Anderson, Boyd & Doyle, 2015; Smith, DeThorne & Logan, 2014). Diferentes estudos indicam que, mesmo em crianças nascidas pré-termo sem danos neurológicos, a idade gestacional está frequentemente associada a perturbações no desenvolvimento cognitivo e linguístico, especialmente nos primeiros anos de vida (Sansavini et al., 2011). Estes impactos podem ser atribuídos, por exemplo, a imaturidade neurológica, resultante da interrupção do processo gestacional e consequente interferência sequencial na sinaptogénese, levando a alterações cerebrais e consequente repercussão

cognitiva (Riechi, Moura-Ribeiro & Ciasca, 2011).

Relativamente à área comportamental, os problemas relacionados com esta área também estão incluídos nas sequelas de um nascimento prematuro (Jeyaseelan, O'Callaghan, Neulinger, Shum & Burn, 2006). Estas dificuldades começam a ser observadas sobretudo na idade escolar (Spittle et al., 2015; Smith et al., 2014) e podem estar na origem do fraco desempenho académico, comum nestas crianças (Loe, Lee, Luna & Feldman, 2011). Estas problemáticas comportamentais encontram-se maioritariamente relacionadas com: hiperatividade e défice de atenção (Spittle et al., 2015), comportamentos sociais problemáticos e depressão (Jeyaseelan, et al., 2006), ansiedade e comportamentos de oposição e impulsividade (Loe et al. 2011).

No que diz respeito à área socio-emocional, as crianças nascidas prematuras tendem a ter menos competências sociais, quando comparadas com crianças com um desenvolvimento gestacional completo (Jones, Champion & Woodward, 2013; Levy-Shiff et al., 1994), podendo conduzir a consequências a nível académico (Huhtala et al., 2013). Com efeito, os bebés prematuros são mais vulneráveis a dificuldades na interação social com as suas mães (Cohen & Beckwith, 1979; Crnic, Ragozin, Greenberg, Robinson, & Basham, 1983; Goldberg & DiVitto, 1995). O bebé pré-termo tem sido descrito como menos organizado, menos alerta e menos responsivo quando comparado com bebés de termo (DiVitto & Goldberg, 1979; Field, 1977; Stevenson, Roach, Ver Haeve & Leavitt, 1990). Estudos anteriores indicam também que os bebés pré-termo têm mais dificuldade na participação em trocas sociais (Divitto & Goldberg, 1979) e mostram menos afeto positivo (Field, 1979; Harmon & Culp, 1981). Podem também verificar-se dificuldades na participação e ajustamento social, bem como no comportamento adaptativo (Lundequist, Bohm & Smedler, 2013; Jongbloed-Pereboom, Janssen, Steenbergen & Nijhuis-van der Sander, 2012; Scott et al., 2012; Aarnoudse-Moens, Duivenvoorden, Weisglas-Kuperus, Van Goudoever & Oosterlaa, 2012).

Em todas estas áreas, porém, a parentalidade e o ambiente familiar são importantes moduladores do desenvolvimento das competências psicoemocionais e sociais destas crianças (Avan, Richter, Ramchandani, Noris & Stein, 2010).

Relação mãe-filho em bebés nascidos de pré-termo

O bebé de pré-termo pode apresentar dificuldade na participação em trocas sociais (Divitto & Goldberg, 1979) e menos afeto positivo

(Field, 1979; Harmon & Culp, 1981), quando comparado com o bebê de termo (Lundequist, Bohm & Smedler, 2013; Jongbloed-Pereboom, Jansen, Steenbergen & Nijhuis-van der Sander, 2012; Scott et al., 2012; Aarnoudse-Moens, Duivenvoorden, Weisglas-Kuperus, Van Goudoever & Oosterlaa, 2012).

O afastamento neonatal, o perigo de vida e os problemas de saúde podem potencializar o stress parental. Perante a prematuridade, num processo de afetação mútua e própria, as díades pais-bebês podem apresentar maior dificuldade de interação e de envolvimento numa relação positiva, recíproca e equilibrada, que têm implicações no desenvolvimento da criança a longo prazo (Linhares, 2015).

Com efeito, a prematuridade pode não ser um fator de risco para a relação mãe-bebé. Na verdade, verifica-se maior prevalência do padrão de vinculação inseguro em díades de bebês pré-termo, particularmente na presença de problemas socioeconómicos, baixa escolaridade materna, comorbidade de problemas de saúde infantis ou depressão materna (e.g., Fuertes, et al., 2012). A investigação indica que o nascimento prematuro, especificamente em bebês com menos de 32 semanas de gestação, pode afetar a sensibilidade da mãe, levando a relações mãe-bebé com maior tendência a padrões de vinculação inseguros (Bakermans-Kranenburg, Ijzendoorn & Juffer, 2003). Uma explicação para este facto é apresentada por Bakermans-Kranenburg, et al. (2003), sugerindo que estas mães têm mais sentimentos de medo, ansiedade e preocupação, que afetam a relação com o bebê no puerpério.

Em crianças de pré-termo e de baixo peso à nascença, a vinculação insegura pode ter como consequência alterações comportamentais, como instabilidade emocional, irritabilidade, hiperatividade e impulsividade, dificuldade de adaptação social e alteração do desenvolvimento cognitivo (Antunes et al, 2016). A probabilidade decresce na presença de fatores protetivos associados ao bebê (e.g.: ser saudável, exibir menos choro) e à família (e.g.: socioeconómicos, saúde mental dos pais, estruturas de apoio à família). Com efeito, muitas díades estabelecem interações positivas e recíprocas (Fuertes et al, 2012).

De acordo com Feldman (2007), existe uma sincronia biocomportamental entre os processos biológicos (neurológicos e hormonais) e sociais, que servem de base para o desenvolvimento do vínculo e da sua regulação precoce, na interação mãe-bebé. Rugolo (2005) sugere que o desenvolvimento do bebê pré-termo depende da interação de fatores biológicos, ambientais e socioeconómicos, que atuam nos seus cérebros imaturos e vulneráveis, considerando-se que a maturação neurológica, a formação de vínculos afetivos e a elaboração do conhecimento são extremamente importantes nos primeiros meses de vida para o desenvolvimento destas crianças e para o risco de consequências negativas da prematuridade.

Considerações Finais

Nascem 15 milhões de bebês pré-termo no mundo e a prematuridade é a principal causa de morte de crianças menores de 5 anos (OMS, 2016). Por estas e outras razões, a investigação na área da prematuridade é de elevada relevância, ao descrever o desenvolvimento, capacidades e adversidades para estes bebês (Voigt et al., 2012).

Com efeito, as crianças nascidas prematuramente podem estar em risco de alterações neurológicas e atraso de desenvolvimento nos primeiros anos de vida (Voigt et al., 2012). Consequentemente, a prematuridade pode ter impacto: na idade escolar - problemas educacionais, comportamentais e psicológicos (Spittle et al., 2015; Marcos, 2013); e na adolescência e idade adulta - podem persistir algumas diferenças no seu desempenho em relação à restante população (Huhtala et al., 2013; Anderson, 2014).

Na maioria dos casos não é possível identificar a causa do parto prematuro, no entanto, segundo a literatura, a maioria dos fatores de risco recaem sobre a saúde física e psicológica da mãe (Melo, Oliveira & Mathias, 2013), daí a importância acrescida de um acompanhamento adequado à mãe durante o período pré e peri natal, de forma a reduzir ao máximo o número de fatores de risco associados à mesma.

Importa, igualmente, reforçar os fatores que influenciam o desenvolvimento do bebé de pré-termo. Para além dos fatores biológicos (mais difícil de contornar e evitar – e.g. displasia broncopulmonar, retinopatia da prematuridade; diabetes; doença coronariana) existem fatores externos (e.g. ambiente social, educação e saúde mental dos pais; ambiente familiar), que podem mais facilmente ser controlados e evitados, tendo em conta uma intervenção individualizada e especializada, de forma a colmatar algumas lacunas no contexto do bebé e a dar respostas às necessidades do mesmo contexto, minimizando o impacto dos fatores de risco externos que possam existir.

Muito embora esta revisão da literatura descreva os possíveis impactos negativos da prematuridade, importa sublinhar que a maioria dos bebês nascidos de pré-termo são saudáveis e não apresentam diferenças no seu desenvolvimento (OMS, 2016). Afastamos uma perspectiva, *reprodutiva* de risco, em que a prematuridade esteja associada inevitavelmente a um conjunto de risco ou percurso de desenvolvimento (Sameroff, 1971). Mesmo o bebé de extremo pré-termo tem uma probabilidade de 30% de não apresentar sequelas ou mais de 50% destes bebês apresentam pequenas sequelas. Adicionalmente, verificamos que a relação com os pais pode constituir uma importante fonte de resiliência e uma força para a eficácia das respostas das equipas de intervenção precoce.

Em suma, o corpus de conhecimento na área da prematuridade é de elevada relevância, podendo ser mobilizadora de uma intervenção precoce, promovendo uma melhoria das condições vida e na promoção do seu desenvolvimento, bem como na estimulação de relação afetivas seguras.

Referências:

Aarnoudse-Moens, C. S., Duivenvoorden, H. J., Weisglas-Kuperus, N., Van Goudoever, J. B., & Oosterlaai, J. (2012). The profile of executive function in very preterm children at 4 to 12 years. *Developmental Medical Child Neurology*, *54*(3), 247-53. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.04150.x.

Allen, K. A. (2013). Treatment of intraventricular hemorrhages in premature infants: where is the evidence? *Advances Neonatal Care*, *13*, 127-130. doi: 10.1097/ANC.0b013e31828ac82e.

Anderson, P. (2014). Neuropsychological outcomes of children born very preterm. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, *19*, 90-96. doi: 10.1016/j.siny.2013.11.012.

Antunes, S., Barbosa, M., Gonçalves, J., Ribeiro, C., Justo, J., Gomes-Pedro, J., Lopes dos Santos, P., Lamônica, D., & Fuertes, M. (2016). Autorregulação e vinculação no primeiro ano de vida do bebê prematuro: investigação, intervenção precoce e contributos da abordagem Touchpoints. J. Justo (Eds.) In *Diálogos acerca da prematuridade*. Edições Aloendro, 11-29.

Arnaud, C., Larroque, B., Ancel, P. Y., Marret, S., Marchand, L., André, M., & Kaminski, M. (2008). Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old-children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): A longitudinal cohort study. *Lancet*, *371*(9615), 813-820. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60380-3.

Avan B., Richter L., Ramchandani P., Norris S., & Stein A. (2010). Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Archives on Diseases in Childhood*. *95*(9), 690-5. doi: 10.1136/adc.2009.164848.

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. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.195

Berlin, L. (2005). Intervention to enhance early attachment: The state of the field today. In L.J. Berlin, Y. Ziv, Amaya-Jackson, M. Greenberg (eds). *Enhancing Early Attachments - Theory, Research, Intervention and Policy*, New York: Guilford 3-33.

Bhatia, J., & Parish, A. (2009). Nutrition and the lung. *Neonatology*, *95*(4), 362-367. doi: 10.1159/000209302.

Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D., Moller, A. B., & Lawn, J. E. (2012). National, regional and worldwide estimates of pre-term birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis. For CHERG/WHO. analysis. *JAMA*, *288*, 728-37. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60820-4.

Bohm, B., Smedler, A. C. & Forssberg, H. (2004). Impulse control, working memory and other executive functions in preterm children when starting school. *Acta Paediatrica*, *93*(10), 1363-1371. doi: 10.1080/08035250410021379.

Bonnier, C. (2008). Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Acta Paediatrica*, *97*(7), 853-8. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00834.x.

Bosque, E. M., Brady, J. P., Affonso, D. D., & Wahlberg, V. (1995). Physiologic measures of kangaroo versus incubator care in a tertiary-level nursery. *Journal of Obstetric & Gynecology Neonatal Nursing*, *24*, 3, 219-26. doi: 10.1111/j.1552-6909.1995.tb02466.x.

Brazelton, B., & Greenspan, S. (2003). *A Criança e o seu Mundo*. Editorial Presença. Lisboa.

Brazelton, T. B., & Nugent, J.K. (2011). *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*. 4th edition. London: McKeith/Blackwell Press.

Brazelton, B., & Sparrow, J. (2003). The Touchpoints™ Model of Development. *Touchpoints Newletters*, *6*, 1-10.

Browne, J. (2003). New perspectives on premature infants and their parents. *Zero to three*, *24*(2), 4-12. Retirado a 28 de Agosto de 2018 de

<http://www.zerotothree.org/child-development/health-nutrition/vol-24-2a.pdf>.

Broughton, S., Roberts, A., Fox, G., Pollina, E., Zuckerman, M., Chaudhry, S., & Greenough, A. (2005). Prospective study of healthcare utilisation and respiratory morbidity due to RSV infection in prematurely born infants. *Thorax*, *60*, 1039-44.

Bus, G., & van IJzendoorn, H. (1988). Mother-Child Interactions, Attachment, and Emergent Literacy: A Cross-Sectional Study. *Child Development*, *59*(5), 1262-1272. doi: 10.2307/1130489.

Carvalho, L., Almeida I., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P., Serrano, A., Brito, T., Pimentel, J., Pinto, A., Grande, C., Brandão, T., Franco, V. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância : Um guia para profissionais*. Coimbra: ANIP.

Carvalho, A. E. V., Linhares, M. B. M. & Martinez, R. E. (2001). História de desenvolvimento e comportamento de crianças prematuras de baixo peso (<1500g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *14*(1), 1-33. doi:dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2003000200006.

Cazzato, S., Ridolfi, L., Bernardi, F., Faldella, G., & Bertelli, L. (2012). Lung function outcome at school age in very low birth weight children. *Pediatric Pulmonology*, *48*(8), 830-837. doi: 10.1002/ppul.22676.

Choukroun, M., Feghali, H., Vautrat, S., Marquant, F., Nacka, F., Leroy, V., Demarquez, J. & Fayon, M. (2013). Pulmonary outcome and its correlates in school-aged children born with a gestational age <32 weeks. *Respiratory Medicine*, *107*, 1966-1976. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.06.020>.

Cohen, S. E., & Beckwith, L. (1979). Preterm infant interaction with the caregiver in the first year of life and competence at age two. *Children Development*, *50*(3), 767-76. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/1128944>

Crnic, K. A., Greenberg, M. T., Ragozin, A. S., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Children Development*, *54*(1), 209-17.

DiVitto, B., & Goldberg, S. (1979). The effects of newborn medical status on early parent-infant interaction. T.M Field, A.M. Sostek, S. Goldberg, & H.H. Shuman (Eds.) In *Infants born at risk* (pp. 311-332). New York: Spectrum Books.

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 American Society of Echocardiography*, *25*, 1058-67. doi: 10.1016/j.echo.2012.07.016.

Espírito Santo, J. L., Portuguez, M. W., & Nunes, M. L. (2009). Status cognitivo-comportamental de pré-termo de baixo peso ao nascer em idade pré-escolar que vivem em país em desenvolvimento. *Journal de Pediatria*, *85*(1), 35-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000200022>.

Feldman, R. (2007). Maternal versus child risk and the development of parent-child and family relationships in five high-risk populations. *Development and Psychopathology*, *19*, 293-312. doi: 10.1017/S0954579407070150.

Feldman, R., Eidelman, A., 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. doi: 10.1542/peds.110.1.16

Field, T. M. (1979). Interaction patterns of preterm and term infants. T.M. Field, A.M., Sostek, S. Goldberg, & H.H. Shuman (Eds.) In *Infants born at risk* (pp. 333-356). New York:

Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Froen, J. F., Smith, G. C., Gibbons, Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, *16*, 377(9774),1331-1340. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62233-7.

Frey, H. A., & Klebanoff, M. A. (2016). Seminars in Fetal & Neonatal Medicine The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, *21*(2), 68–73. doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.011.

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., & Luís, H. (2014). Vinculação, práticas educativas na primeira infância e intervenção precoce. *Jornal Interações*, *10*(30), 1-7.

Fuertes, M., Justo, M., Barbosa, M., Leopoldo, L., Lopes, J., Gomes Pedro, J., & Sparrow, J. (2012). Infants prematurely born: Socio-emotional Development and Early Intervention. D. Contreiras & J. Sampaio (Eds.) In *Preterm Infants: Development, Prognosis and Potencial Complications* (pp. 100-125). NY: Nova Science Publishers.

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. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.14.4.320>

García-Blanco, A., Diago, V., Serrano De La Cruz, V., Hervás, D., Cháfer-Pericás, C., & Vento, M. (2017). Can stress biomarkers predict preterm birth in women with threatened preterm labor? *Psychoneuroendocrinology*, *83*, 19-24. doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.05.021.

Glorieux, I., Montjoux, N., & Casper, C. (2009). [NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program): definition, practical aspects, published data]. *Archives de Pédiatrie*, *16*(6), 827-829. doi: 10.1016/S0929-693X(09)74168-5.

Goldberg, S., & DiVitto, B. (1995). Parenting children born preterm. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, Vol. 1. Children and parenting* (pp. 209-231). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Goldenberg, R. L., Cullane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R., (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, *371*(9606), 75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4.

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. doi: 10.1111/nin.12095.

Greenough, A., Alexander, J., Burgess, S., Bytham, J., Chetcuti, P.A., Hagan, J., Turner, J. (2006). Preschool healthcare utilisation related to home oxygen status. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, *91*, 337-341. doi: 10.1136/adc.2005.088823.

Greenough, A. (2013). Long-Term respiratory consequences of premature birth at less than 32 weeks of gestation. *Early Human Development*. *89*, 525-527. doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.07.004>.

Guarini, A., Sansavini, A., Fabbri, C., Savini, S., Alessandrini, R., Faldella, G. & Karmiloff-Smith, A. (2010). Long-term effects of preterm birth on language and literacy at eight

Hellstrom, A., Hård, A-L., Engstrom, E., Niklasson, A., Andersson, E., Smith, L. & Lofqvist, C. (2009). Early weight gain predicts retinopathy in preterm infants: new, simple, efficient approach to screening. *Pediatrics*, 123(4), 638-645. doi: 10.1542/peds.2008-2697.

Hinojosa-Roddríguez, M., Harmony, T., Carrilo-Preado, C., van Horn, J. D. (2017). Clinical neuroimaging in the preterm infant: Diagnosis and prognosis. *Neuroimage Clin.* 14;16:355-368.

Hille, E., Den Ouden, A. L., & Bauer, L. (1994). School performance at nine years of age in very premature and very low birth weight infants: perinatal risk factors and predictors at five years of age. *Journal Pediatric*, 125, 426-434. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(05\)83290-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(05)83290-1)

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 years old preterm children. *Early Human Development*, 90, 119-124. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.12.009.

Islam, J. Y., Keller, R. L., Aschner, J. L., Hartert, T. V., & Moore, P. E. (2015). Understanding the short- and long-term respiratory outcomes of prematurity and bronchopulmonary dysplasia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 192,134-156. doi: 10.1164/rccm.201412-2142PP.

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, 249-55. doi: 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. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.06.008.

Jongbloed-Pereboom, M., Janssen, A. J, Steenbergen, B., & Nijhuis-van der Sander, M. W. (2012). Motor learning and working memory in children born preterm: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1314-30. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.02.005.

Kramer, M., Maguire, P., Halfer, D., Budin, W.C., Hall, D.S., Goodloe, L., Klaristenfeld, J., Teasley, S., Forsey, L., & Lemke, J. (2012) The organizational transformative power of nurse residency programs. *Nursing Administration Quarterly*, 36(2), 155-168. doi: 10.1097/NAQ.0b013e-318249fdaa.

Lamônica, D. A.C., & Ferraz, M. D.P. (2007). Periventricular leukomalacia and spastic diplegia: implications in the psycholinguistic abilities. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*.19(4)357-62.

Lee, E. S., Yeatman, J. D., Luna, B. & Feldman, H. M. (2011). Specific language and reading skills in school-aged children and adolescents are associated with prematurity after controlling for IQ. *Neuropsychologia*, 49, 906-913. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.12.038.

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.

Linhares, M. B., Carvalho, A. E., Bordin, M. B., & Jorge, S. M. (1999). Psychological support to the development of babies with low birth weight babies' development: neonatal unit care and ambulatory care follow-up. *Temas em Psicologia*, 7, 245-262.

Linhares, M. B., & Martins, C. B. S. (2015). O processo de autorregulação no desenvolvimento de crianças. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 281-293. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200012>.

Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., ... Black, R. E. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*, 388(10063), 3027-3035. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31593-8.

Loe, I. M., Lee, E. S., Luna, B., & Feldman, H. M. (2011). Behavior problems of 9-16 years old preterm children: Biological, sociodemographic, and intellectual contributions. *Early Human Development*, 87, 247-252. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.01.023.

Lopes dos Santos, P., & Fuertes, M. (2005). A vinculação em populações de risco. J. Bairrão (Eds.) In *Desenvolvimento: contextos familiares e educativos*. Legis Editora.

Lundequist, A., Bohm, B., & Smedler, A. C. (2013). Individual neuropsychological profiles at age 51\2 years born preterm in relation to medical risk factors. *Child Neuropsychol*, *19*(3), 313-331. doi: 10.1080/09297049.2011.653331 .

Marcos, Z. (2013). Arriving too early. *The Lancet Neurology*, *12*, 332-333.

MacDonald, G. (2001). *Effective intervention for child abuse and neglect. An evidence-based approach to planning and evaluating interventions*. Chichester, UK: Wiley.

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. doi: 10.1590/S0034-89102003000300008.

Méio, M. D. B. B., Lopes, C. S., Morsch, D. S., Monteiro, A. P. G., Rocha, S. B., Borges, R. A., & Reis, A. B. (2004). Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. *Jornal de Pediatria*, *80*, 495-502.

Melo, E. C., Oliveira, R. R. D., & Mathias, T. A. D. F. (2013). Nascimento prematuro: desafio em saúde pública. Editorial. *Ciência, Cuidado Saúde*, *12*(3), 415. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v12i3.23876.

Menz, L. Kaakoush, O., & Quinlivan, A. (2013). Bacterial aetiological agents of intra-amniotic infections and preterm birth in pregnant women. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, *3*(58). doi: 10.3389/fcimb.2013.00058.

Messmer, P. R., Rodriguez, S., Adams, J., Wells-Gentry, J., Washburn, K., Zabaleta, I., & Abreu, S. (1997). Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. *Pediatric Nursing*, *23*(4), 408-414.

Murphy, D. J. (2007). Epidemiology and environment factors in pre-term labour. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *21*(5), 773-89. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2007.03.001.

Nabet, C., Lelong, N., Colombier, M. L., Sixou, M., Musset, A. M., Goffinet, F., Kaminski, M., & Epipap Group. (2010). Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. *Journal of Clinical Periodontology*, *37*(1), 37-45. doi: 10.1111/j.1600-051X.2009.01503.x.

National Health and Medical Research Council, (NHRC, 2000). Clinical practice guidelines: care around preterm birth, *Commonwealth of Australia*. doi: www.nhmrc.gov.au/publications/subjects/clinical.htm

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016). *Preterm Birth*. doi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>

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. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.866.

Pedromônico, M. R. M. (2006). A relevância da avaliação psicológica na clínica pediátrica. M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. B. Perosa (Eds.), In *Temas em Psicologia Pediátrica* (p. 83-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pereira, D. I. A. (2013). Famílias de Crianças com Necessidades Educativas Especiais e a Equipe de Intervenção Precoce: Que relação?. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Pereira, M. R., & Funayama, C. A. R. (2004). Avaliação de alguns aspectos da aquisição e desenvolvimento da linguagem de crianças nascidas pré-termo. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, *62*(3-A), 641-648. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2004000400014>.

Purisch, S. E., & Gyamfi-Bannerman, C. (2017). Epidemiology of preterm birth. *Seminars in Perinatology*, *41*(7), 387-391. doi: 10.1053/j.semperi.2017.07.009.

Raybaud, C., Abmad, T., Rastegar, N., Shroff, M., & Nassar, M. A. I. (2013). The premature brain: Developmental and lesional anatomy. *Neuroradiology*. *55*(2):23-40. doi: 10.1007/s00234-013-1231-0.

Riechi, J., Moura-Ribeiro, L., & Ciasca, M. (2011). Impacto do nascimento pré-termo e com baixo peso na cognição, comportamento e aprendizagem de escolares. *Revista Paulista de Pediatria*, *29*(4), 495-501.

Rugolo, L. M. S. S. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, *81*(1), 101-110. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000200013>.

Saigal, S., Feeny, D., Rosenbaum, P., Furlong, W., Burrows, E., & Stoskopf, B. (1996). Self-perceived health status and health related quality of life of extremely low-birth-weight infants at adolescence. *JAMA*, 276, 453-9. doi:10.1001/jama.1996.03540060029031

Sansavini, A., & Guarini, A. (2010). Nascita pretermine e sviluppo cognitivo e linguistico. S. Vicari, & M. C. Caselli (A cura di) (Eds.) In *Neuropsicologia dello sviluppo* (pp. 281-292). Bologna: Il Mulino.

Sansavini, A., Guarini, A., Savini, S., Broccoli, S., Alessandrini, R., & Faldella, G. (2011). Longitudinal trajectories of gestural and linguistic abilities in very preterm infants in the second year of life. *Neuropsychologia*, 49, 3677-3688. doi : <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.09.023>

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*, 1-14. doi: 10.1016/j.jcomdis.2014.02.005.

Schirmer, C. R., Portuguese, M. W. & Nunes, M. L. (2006). Clinical Assessment of language development in children at age 3 years that were born preterm. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 64, 4, 926-931. doi: 10.1590/s0004-282x2006000600007.

Scott, M. N., Taylor, H. G., Fristad, M. A., Klein, N., Espy, K. A., Minich, N., & Hack, M. (2012). Behavior disorders in extremely preterm\extremely low birth weight children in kindergarten. *Journal of Developmental & Behavior Pediatrics*, 33, 3, 202-213. doi: 10.1097/DBP.0b013e3182475287.

Shum, D., Neulinger, K., O'Callaghan, M. & Mohay, H. (2008). Attentional problems in children born very preterm or with extremely low birth weight at 7-9 years. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 1, 103-112. doi: 10.1016/j.acn.2007.08.006.

Silva, J. L. G. V. (2011). O impacto da escolaridade materna e a renda per capita no desenvolvimento de crianças de zero a três anos. *Revista Ciências em Saúde*, 1(2). doi: <http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v1i2.47>.

Smith, J., DeThorne, L., Logan, J., Channel, R., & Petrill, S. (2014). Impact of Prematurity on Language Skills at School Age. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 57, 901-916. doi: 10.1044/1092-4388(2013/12-0347).

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2018). Dia da Prematuridade: 17 de novembro. Retirado a 13 de Julho de 2017 de <http://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=347&op=2&ID=132>.

Spittle, A., Orton, J., Anderson, P., Boyd, R. & Doyle, L. (2015). Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Neonatal Review*, 24(11). doi: 10.1002/14651858.

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. doi: [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(90\)90005-S](https://doi.org/10.1016/0163-6383(90)90005-S).

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 – Springer*. doi: 10.1007/s00381-016-3127-x.

Twilhaar, E. S., Wade, R. M., de Kieviet, J. F., van Goudoever, J. B., van Elburg, R. M., & Oosterlaan, J. (2018). Cognitive Outcomes of Children Born Extremely or Very Preterm Since the 1990s and Associated Risk Factors: A Meta-analysis and Meta-regression. *JAMA pediatrics*, 172(4), 361-367. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.5323.

Vanderveen, J. A., Bassler, D., Robertson, C. M., & Kirpalani, H. (2009). Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: a meta-analysis. *Journal of Perinatology*, 29, 5, 343-51. doi: 10.1038/jp.2008.229.

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. doi: 10.1136/archdischild-2014-307016.

Voigt, B., Pietz, J., Pauen, S., Kliegel, M., & Reuner, G. (2012). Cognitive development in very vs. moderately to late preterm and full-term children: Can effortful control account for group differences in toddlerhood. *Early Human Development*, 88, 307–313. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.09.001.

Wackernagel, D., Bruckner, A., & Ahlsson, F. (2015). Computer-aided nutrition – Effects on nutrition and growth in preterm infants < 32 weeks of gestation. *Clinical Nutrition ESPEN*, 10, 234-241. doi: 10.1016/j.

clnosp.2015.09.002.

Wemhoner, A., Ortner, D., Tschirch, E., Strasak, A., & Rudiger, M. (2011). Nutrition of preterm infants in relation to bronchopulmonary dysplasia. *BMC Pulmonary Medicine*, 11(1), 7. doi: 10.1186/1471-2466-11-7.

Winning, L., Patterson, C. C., Cullen, K. M., Stevenson, K. A., Lundy, F.T., Kee, F., & Linden, G.J. (2015). The association between subgingival periodontal pathogens and systemic inflammation. *Journal of clinical Periodontology*, 42(9), 799-806. doi: 10.1111/jcpe.12450.

Xu, Y. P., (2016). Bronchopulmonary Dysplasia in Preterm Infants Born at Less Than 32 Weeks Gestation. *Global Pediatric Health*, 3, 1-5. doi: 10.1177/2333794X16668773.

Zomignani, A. P., Zambelli, H. J. L., & Antonio M. A. R. G. M. (2009). Cerebral development in preterm newborn infants. *Rev Paul Pediatr*, 27(2):198-203.

REPRESENTAÇÕES MATEMNAS ACERCA DA GRAVIDEZ, DA VIVÊNCIA PERINATAL E TEMPERAMENTO DO BEBÉ EM DÍADES PORTUGUESAS COM BEBÉS DE TERMO, PREMATUROS E PREMATURÍSSIMOS

Ana Rita Almeida

anaritasilva06@gmail.com

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação/CIED

Rute Casimiro

rutepatrocinio@gmail.com

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação/CIED

Joana Gonçalves

joanaglopes@gmail.com

Centro de Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade do Porto

Maria João Alves

ir_maria_joao@hotmail.com

Centro de Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade do Porto

Sandra Antunes

sandra.antunes@estimulopraxis.com

Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia

Camila Ribeiro

camilaribeiro@usp.br

Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, Bauru, Brasil

Ana Teresa Teodoro

anathernandes@gmail.com

Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, Bauru, Brasil

Margarida Santos

margarida.santos@estesl.ipl.pt

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Tecnologias da Saúde

Marina Furtés

marina@eselx.ipl.pt

Centro de Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade
do Porto e Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação/CIED

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.116>

Resumo

As representações maternas pós-natais acerca da gravidez, maternidade e do temperamento do bebê têm sido associadas à qualidade da vinculação. Para estudar estas representações, realizámos uma entrevista semiestruturada nas primeiras 72 horas após o nascimento dos bebés a 150 mães portuguesas de bebés prematuríssimos (Idade Gestacional: IG <32 semanas), prematuros (IG 32-36 semanas) ou de termo (IG >37 semanas). A entrevista incluía os seguintes temas: gravidez, parto, nascimento antecipado, maternidade, temperamento e futuro desenvolvimento do bebé. Os três grupos de mães relatam experiências de gravidez, parto e pós-parto distintas. As mães dos bebés termo respondem com mais frequência que os seus bebés são calmos e que vai ser bom cuidar deles. Enquanto, as mães dos prematuros, foram as que mais responderam que planearam e aceitaram a gravidez, e não que esperam dificuldades no futuro. Todavia, receberam com medo a notícia do nascimento prematuro do seu filho e relatam ter sentido medo e/ou culpa quando se afastaram do seu bebé internado nos cuidados intensivos. Por fim, as mães dos prematuríssimos apresentam maior percentagem de respostas nas categorias *não me senti apoiada na gravidez, senti pânico e choque quando soube que o seu filho ia nascer tão precocemente e não consigo ou não quero pensar sobre o futuro*. Importa oferecer respostas de apoio psicológico e aconselhamento diferenciadas às famílias atendendo à idade gestacional do bebé e a fatores de risco neonatal.

Palavras-Chave: Prematuridade; Representações maternas; Intervenção Precoce; Parentalidade

Estado de Arte

Representações maternas e vinculação

A relação de vinculação é uma relação privilegiada, com um co-específico que perdura no tempo, e sem a qual a criança corre o grave risco de desenvolver perturbações psicológicas (Bowlby, 1969). A forma como mãe e filho constroem relações afetivas afeta o desenvolvimento infantil, a socialização, o sucesso académico e o bem-estar psicológico da criança (ver revisão em Fuertes, Faria & Lopes dos Santos, 2014).

Esta relação de vinculação tem início num processo biológico ainda prévio ao nascimento, a partir das representações maternas que idea-

lizam o bebê e preparam a mulher para a maternidade. Os pais imaginam um bebê saudável e preparam-se pessoal e familiarmente para o seu nascimento (Stern, 2000). Geralmente pelo terceiro trimestre da gravidez a mãe concebe uma ideia mais clara e elaborada do seu bebê.

As representações maternas podem ser entendidas como uma experiência interna e subjetiva por parte da mãe acerca do papel materno, do seu bebê e da relação que esperam desenvolver com ele. Diversos estudos examinaram a natureza, a origem e as implicações das representações maternas nas relações de vinculação (Hugh-Bocks, Leven-dosky, Bogat & von Eye, 2004; Sokolowski, Hans, Bernstein & Cox, 2007; van der Mark, van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2002; Zeanah et al., 1994). As representações maternas equilibradas e positivas, medidas pré e pós-natal, têm sido associadas ao vínculo seguro (Benoit, et al., 1997; Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin & Sherman, 1989; Cox et al., 2000; Izard, Haynes, Chisholm & Baak, 1991; Kochanska, 1998; Korja, et al., 2009; Thun-Hohenstein et al., 2008; Zeanah et al., 1994;). Assim, os bebês cujas mães caracterizam o seu temperamento como mais positivo e estável, tendem a desenvolver um vínculo seguro com as suas mães aos 12 meses (Benoit et al., 1997; Bretherton et al., 1989; Cox et al., 2000; Fuertes, Lopes dos Santos, Beeghly, & Tronick, 2006; 2009, Izard et al., 1991; Kochanska, 1998; Zeanah et al., 1994). Apesar de não existir, presentemente, um estudo meta-analítico que indique que as representações maternas são um preditor da vinculação segura, o corpo de conhecimento acumulado indica-nos que é um fator explicativo da qualidade da vinculação.

O bebê prematuro a desafiar a maternidade

O bebê prematuro nasce com menos de 37 semanas e, devido à antecipação no contacto com o mundo exterior, pode enfrentar dificuldades de maturação ao nível dos mecanismos enzimáticos, respiratórios, renais, metabólicos, hematológicos e imunológicos (Madenn, 2000). Para além dos riscos de imaturidade biológica, este bebê pode ter maior risco de sofrer alterações clínicas pós-natais, tais como hemorragia intra e periventricular, doenças respiratórias e cardíacas, infeções, distúrbios metabólicos, hematológicos, gastrointestinais, dificuldades na manutenção da temperatura corporal e asfixia perinatal (e.g., Medeiros, Zanin & Alves, 2009). Importa, salientar que a maioria dos bebês prematuros apresenta um desenvolvimento típico e sem graves problemas de saúde, no entanto, os riscos aumentam quanto menor idade gestacional do bebê (e.g., Twilhaar et al., 2018).

O bebê muito ou extremamente prematuro (prematurríssimo) nasce

antes das 28 semanas de gestação e o seu nascimento ocorre numa fase acelerada do desenvolvimento e de maturação dos órgãos fetais (Green, Darbyshire, Adams & Jackson, 2015). De acordo com a literatura, o nascimento prematuro pode quebrar profundamente com as expectativas dos pais, naturalmente, idealizadas durante a gestação e pode afetar as relações familiares (e.g., Green et al., 2015). Na verdade, a aceitação da prematuridade e dos riscos a ela inerentes provoca, na maioria dos casos, um estado de grande sofrimento e dor, de incredulidade e descrença, modelado por momentos de grande ansiedade (Gallegos-Martinez, Reyes-Hernández & Scochi, 2013; Lasiuk, Comeau & Newburn-Cook, 2013; Misund, Nerdum, & Diseth, 2014; Mianaei Karahroudy, Rassouli, & Tafreshi, 2014; Stern Stern, Bruschiweiller-Stern, & Freeland 1998;), além do confronto dos pais com o sofrimento e risco de sobrevivência do seu bebé (Carter, Mulder, Bartram, & Darlow, 2004; Gallegos-Martinez et al., 2013).

Nascido o bebé, é tempo de o conhecer e interagir com ele. O sonhado não é sempre o vivido. Quando comparados com bebés de termo, os bebés prematuros são muitas vezes caracterizados como menos organizados, menos atentos (Beckwith & Cohen, 1978; Di Vitto & Goldberg, 1979; Field, 1977; Stevenson, Roach, Ver Haeve & Leavitt, 1990; Twilhaar et al., 2018), facilmente excitáveis e mais irritáveis (Als, 1983; Feldman, 2009; Korja et al., 2008; Treyvaud et al., 2010; Wolf et al., 2002). Fuertes e colaboradores (2006, 2009, 2012) verificaram que um terço dos bebés prematuros apresentava um comportamento *inconsolável* no paradigma Face to Face Still-Face (incapazes de recuperar depois da mãe ter feito cara séria por três minutos) enquanto outro terço orientava-se para o auto-conforto (sugando as mãos, evitando o contacto ocular, etc.). Nos dois casos, estas respostas foram associadas à vinculação insegura, respetivamente com a vinculação resistente e evitante (Fuertes et al., 2006, 2009, 2012). No mesmo sentido, Montirosso e colegas (2010), numa pesquisa acerca das competências de autorregulação, verificaram que os bebés prematuros dependem mais de estratégias de regulação externa (i.e., da mãe ou do cuidador), comparativamente aos bebés de termo. Desta forma, o estilo interativo da mãe, especificamente no que respeita à sua resposta adequada e sensível durante os momentos de stress, podem ser estruturantes e um apoio fundamental para a autorregulação do bebé (Braungart-Rieker, Garwood, Powers & Wang, 2001; Conradt & Ablow, 2010; Gable & Isabella, 1992). Não sabemos se causa ou consequência, as mães dos bebés prematuros tendem a ser descritas como menos sensíveis aos seus sinais (Di Vitto & Goldberg, 1979; Field, 1979; Zarling, Hirsch & Landry, 1988), mais intrusivas e/ou demasiado estimulantes (Feldman & Eidelman, 2007; Field, 1979; Minde, Perrotta & Marton, 1985; Muller-Nix et al., 2004). Embora este comportamento materno tenha sido entendido

como tentativa de compensar o comportamento menos responsivo do bebê prematuro (ver revisão em Goldberg & Di Vitto, 1995), verifica-se que a interação nestas díades é menos contingente e recíproca do que nas díades com bebês de termo (Fogel, 1992; Gianino & Tronick, 1988).

Não obstante, os estudos apresentam resultados divergentes quanto à prevalência da vinculação insegura em bebês nascidos prematuros. Numa revisão sistemática com 29 estudos (Korja, Latva, & Lehtonen, 2012), foi encontrado um aumento da prevalência do padrão inseguro nos bebês prematuros. No entanto, 5 dos 18 estudos que focaram especificamente a interação mães-crianças indicaram que a qualidade da interação em díades com bebês prematuros é igual ou superior à interação nas díades com bebês de termo. Resultados semelhantes foram encontrados noutros estudos em que se verificou que a qualidade da vinculação infantil (Pederson & Moran, 1996) e as relações de vinculação mãe-bebê (Pederson & Moran, 1995) não diferiam entre prematuros e bebês de termo (Borghini et al., 2006; Forcada-Guex et al., 2006).

Tem vindo a ser reconhecido, que a prematuridade não é em si um fator de risco para a qualidade de vinculação, mas é agravada por fatores de risco de saúde (Cox et al., 2000), socioeconómicos (e.g., Borghini et al., 2006; Fuertes, Faria, Soares & Costa, 2010; Fuertes et al., 2008; Fuertes et al., 2009; Wille, 1991) e fatores maternos como a gravidez na adolescência (e.g., van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992) ou doença mental (e.g., Brandon, et al., 2011). O impacto destas variáveis sugerem-nos que os fatores familiares e maternos têm um peso importante na organização dos processos de vinculação. Num processo transacional estes fatores afetam as representações maternas que, por sua vez, afetam o comportamento materno e a qualidade da vinculação (e.g., Fuertes, et al. 2011, Borghini et al., 2006; Evans, Whittingham, & Boyd, 2012; Korja et al., 2009, van IJzendoorn et al, 1992).

Representações das mães dos bebês prematuros

Embora o papel das representações maternas na vinculação mãe-filho(a) tenha sido alvo de investigação, poucos têm sido os estudos sobre as representações das mães nos primeiros dias após o parto em bebês prematuros. A maioria dos estudos ocorre durante o período pré-natal ou durante a infância e não inclui extremos prematuros.

Num estudo longitudinal realizado por Fuertes e colaboradores (2011), os resultados indicaram que, comparativamente às mães dos bebês termo, as mães dos bebês prematuros apresentavam percepções mais negativas acerca da gravidez e do parto, mostrando-se mais preocupadas com a saúde e desenvolvimento do bebê. Porém, as mães dos prematuros estavam mais confiantes quanto ao futuro e mais otimistas

quanto às suas capacidades para se relacionarem positivamente com os seus filhos. De acordo com os resultados deste estudo, as representações maternas nos primeiros dias de vida e aos 9 meses, estavam fortemente associadas, indicando uma relativa continuidade. Aos 12 meses, a vinculação segura associou-se às representações maternas positivas aos 9 meses. Estes resultados vem corroborar a importância das representações maternas na vinculação estabelecida entre mães e filhos.

Na esteira destes estudos, analisamos as representações das mães dos bebés prematuríssimos (i.e., bebés muito e extremamente prematuros).

Presente Estudo. Esta pesquisa dedica-se a estudar as representações das mães dos prematuríssimos (nascidos antes 32 semanas) acerca da gravidez, nascimento, maternidade e desenvolvimento dos filhos e a compará-las com as representações das mães dos bebés de termo (IG superior a 36 semanas) e prematuros (IG entre as 32 e 36 semanas), às 72 horas de vida do bebé.

Métodos

Participantes

Neste estudo participaram três grupos de mães: um grupo de 50 mães de bebés nascidos de termo, um grupo de 50 mães de bebés prematuríssimos e um grupo de 50 mães de bebés prematuros.

Seguindo critérios de inclusão foram convidadas apenas as mães de recém-nascidos que não apresentavam malformações congénitas ou doenças genéticas; sem quadros de psicopatologia, nem suspeita de abuso de álcool ou drogas.

Relativamente ao género do bebé as três amostras são igualmente distribuídas

Sobre a nacionalidade das mães verifica-se que 87,3% das mães são de nacionalidade portuguesa e apenas 7 mães dos bebés de termo (14%) e 12 mães dos bebés de prematuríssimos (24%) são de outras nacionalidades (ver tabela 1).

	Nacionalidade	
	Nacionalidade Portuguesa	Outra Nacionalidade
Termo	43	7
Prematuros	50	0
Prematuríssimos	38	12
Total	131	19

Tabela 1. - Frequência das nacionalidades materna, de acordo com as amostras em estudo

Conforme apontam os dados da tabela 2, referentes ao tipo de Parto, o número de partos distócicos é maior nos grupos de bebês prematuros (72%) e bebês prematuríssimos (68%). Relativamente à amostra de bebês de termo, a distribuição dos dois tipos de parto é igualmente repartida.

Tabela 2. - Frequência de casos em função do tipo de parto, de acordo com as amostras em estudo.

	Parto	
	Eutócico	Distócico
Termo	25	25
Prematuros	14	36
Prematuríssimos	16	34
Total	44	76

Salientamos que os partos dos prematuríssimos ocorreram em: 15 casos por rutura da membrana; 11 por atraso de crescimento intra-uterino; 9 por descolamento da placenta; 3 por dilatação precoce; 2 por pré-eclampsia; 3 por contratibilidade; 2 por bradicardia do bebê; 2 por fluxometria alterada e 3 por outras causas. Neste grupo, seis mães recorreram a FIV para engravidar. Os partos prematuros resultaram em: 13 casos rutura da membrana; 13 casos a atraso de crescimento intra-uterino; 6 a infecção; 5 a pré-eclampsia; 6 perda de líquido amniótico; 3 a hipertensão; 3 descolamento da placenta e 1 por bradicardia do bebê. Seis mães recorreram a FIV para engravidar neste grupo. Note-se que 17 mães do grupo dos bebês prematuros e 6 mães de prematuríssimos recorreram à consulta de infertilidade para engravidar.

Apenas no grupo dos prematuríssimos existiram 6 pais que não coabitavam à data do nascimento do bebê.

Pela análise da tabela 3, conforme esperado e definido em critérios amostrais, os bebês prematuríssimos apresentaram valores médios inferiores em todos os indicadores (APGAR ao 1º e 5º minutos; Idade Gestacional; Peso gestacional) comparativamente aos bebês de termo e prematuros. Relativamente aos dados demográficos as amostras não se distinguem exceto para a média de irmãos. Realmente, os bebês de termo e prematuríssimos têm mais irmãos do que os bebês prematuros. Os restantes dados podem ser consultados na tabela 3.

	Amostra	N	Min	Max	M	DP
Apgar ao 1º minuto	Termo	50	4	10	9.10	1.07
	Prematuros	50	2	9	7.74	1.73
	Prematuríssimos	50	1	9	6.35	2.55
Apgar ao 5º minuto	Termo	50	8	10	9.96	.196
	Prematuros	50	7	10	9.18	.87
	Prematuríssimos	50	2	10	8.3 5	1.36
Idade gestacional do bebé	Termo	50	36	41	39.11	1.09
	Prematuros	50	31	36	34.0	1.69
	Prematuríssimos	50	23.50	32.50	29.05	2.34
Peso gestacional do bebé em gramas	Termo	50	2345	4300	3273.54	393.43
	Prematuros	50	1050	2890	2075.70	452.22
	Prematuríssimos	50	500	1179.10	1179.10	400.33
Número de irmãos do bebé	Termo	50	0	6	1.70	1.02
	Prematuros	50	0	2	.40	.61
	Prematuríssimos	50	0	5	1.46	1.353
Idade da mãe	Termo	50	20	43	30.32	5.12
	Prematuros	50	18	42	27.94	5.80
	Prematuríssimos	50	21	46	33.44	3.88
Anos de escolaridade da mãe	Termo	50	6	23	13.38	3.68
	Prematuros	50	4	19	10.01	3.23
	Prematuríssimos	50	3	18	12.14	3.77

Tabela 3. - Médias, desvios padrões e valores do teste de t-student para a comparação de médias relativamente aos dados demográficos dos bebés e das suas famílias de acordo com as amostras em estudo

Procedimentos

O estudo foi aprovado pelos Conselhos de Ética Hospitalar de Lisboa Oriente e do Porto bem como pela Comissão de Proteção de Dados Portuguesa e foi desenvolvido com as equipas de enfermagem e medicina desses hospitais.

Através dos ficheiros do hospital determinou-se a elegibilidade das mães para participarem no estudo. As mães elegíveis foram contactadas após o parto tendo-lhes sido explicado o propósito e os procedimentos do estudo. Neste contacto, foi garantida a sua livre participação de acordo com as regras da APA e obtido o consentimento informado. Posteriormente, as participantes foram contactadas para preencherem uma ficha de anamnese para recolha: dos dados sociodemográficos (i.e., dados pessoais da mãe e do pai, agregado familiar, condições da habitação), informação pré-natal, perinatal e pós-natal (i.e., 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) e situação após alta hospitalar (i.e., rotinas do bebé, socialização, higiene, alimentação, sono, choro, comportamento/temperamento do

bebé), a qual foi complementada através do registo médico hospitalar da situação clínica a respeito das condições pré-natal e perinatal relevante para o estudo.

A entrevista foi realizada até às 72h após o parto (em data e horário conveniente para as mães), em maternidades portuguesas de Lisboa e Porto, onde os recém-nascidos se encontravam com as suas mães ainda em regime de internamento.

Entrevista materna

A entrevista materna, seguindo os trâmites de um protocolo previamente estabelecido (Fuertes, 2005), tinha como propósito recolher as representações maternas relativamente ao: 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); às expectativas e emoções afetivas na gravidez (sentimentos e sensações, bebé imaginado, preocupações/medos relacionados com o bebé); à reação ao nascimento antecipado/prematuridade; à relação com o seu filho recém-nascido (quando sentiu amor pela primeira vez; sentimentos/sensações ao tocar/ver o bebé pela primeira vez; sentimentos ao afastamento; classificação do temperamento do bebé); ao conhecimento das capacidades sensoriais perceptivas do bebé (já ouve; já vê) e à maternidade (cuidar do bebé; possíveis dificuldades; apoio/rede de suporte).

Análise dos resultados.

Os dados são apresentados em frequência de ocorrências. Pese embora esta análise quantitativa, foram adicionados alguns testemunhos das mães dos bebés dos prematuríssimos no intuito de exemplificar as categorias enunciadas e traduzir um pouco da sua realidade.

Resultados

No que respeita ao planeamento da gravidez, a maioria das mães dos bebés prematuros (80%) e prematuríssimos (62%) *planearam a gravidez* (ver tabela 4). Contrariamente, apenas, 32% das mães dos bebés de termo planearam a sua gravidez. Uma mãe apresentou sentimentos ambivalentes descritos da seguinte forma: "*Quando soube que estava grávida senti um choque. Sim foi um choque porque apesar de ser planeado [deixaram os métodos contraceptivos] nunca se está à espera. Foi planeado durante muitos anos, planeado no sentido de dar o passo. O meu companheiro queria muito, mas eu não. Nunca senti esse desejo de*

ser mãe. Só há cerca de um ano, nem tanto, é que começamos a tentar [engravidar] e quando fiz o teste foi um choque. Só lhe disse ao final do dia "(M10).

	Gravidez planeada		
	Não	Sim	Ambivalência
Termo	32	18	0
Pré-termo	10	40	0
Extremo pré-termo	18	31	1
Total	60	89	1

Tabela 4. - Frequência de respostas maternas à questão "gravidez desejada", de acordo com as amostras em estudo

A generalidade das mães *aceitou bem* gravidez (94%). A *não aceitação* da gravidez encontra-se em 8% nas mães dos bebés de termo, em 4% nas mães dos bebés prematuros e em 2% das mães dos bebés prematuríssimos (ver tabela 5). No grupo das mães dos bebés prematuríssimos, 4% referem sentir *ambivalência* acerca da sua gravidez. Como exemplo, algumas mães referem: "Eu não queria um bebé andava a fazer dieta e queria a voltar a ter o mesmo corpo de quando era nova. O meu filho mais velho já tem 14 anos, e agora queria ter a minha vida. O marido ficou tão contente que me irritava. Depois tive que começar a comprar coisas e a rever as fotos de bebé do meu filho, e quando comecei a dar por mim estava a gostar dela." (M70).

	Aceitou bem a sua gravidez		
	Não	Sim	Ambivalência
Termo	4	46	0
Prematuros	2	48	0
Prematuríssimos	1	47	2
Total	7	141	2

Tabela 5. - Frequência das respostas maternas à aceitação da gravidez, de acordo com as amostras em estudo

Todas as mães dos bebés de termo *sentiram-se apoiadas durante a gravidez*, em parte (4%) ou totalmente (96%), quer pelos profissionais de saúde, quer pela família/amigos. Igualmente, 92% das mães dos bebés prematuros sentiu esse apoio total (ver tabela 6) e apenas uma mãe disse não ter tido qualquer apoio. Quanto ao grupo de mães de bebés prematuríssimos, 60% referiu ter-se sentido totalmente apoiada e 14% das mães afirmaram não ter recebido qualquer apoio. Uma destas mães verbalizou: "[O acompanhamento médico] *para ser sincera, foi razoável. Diziam que as consultas tinham de ser marcadas pelo médico, mas (no meu caso) eu é que pedia ao médico os exames.*" (M12); outras mães referem que "A gravidez foi complicada. Andava muito nervosa. Foi uma gravidez atribulada... O meu marido foi preso... estava inocente, mas

foi preso e perdeu o emprego. Eu fiquei sozinha, grávida e com o outro filho, a ter de ir trabalhar na mesma. Sabia que ele ia sair, mas não sabia quando. Foi só passado 3 meses. Foi uma gravidez com muito nervosismo, tribulações...” (M21-22).

Uma mãe de um bebé prematuro e sete mães de prematuríssimos *não se sentiu apoiada.*

Tabela 6. - Frequência das percepções maternas relativamente ao apoio recebido durante a gravidez, de acordo com as amostras em estudo

	Foi apoiada durante a gravidez		
	Não	Sim	Em parte
Termo	0	48	2
Prematuros	1	46	3
Prematuríssimos	7	30	13
Total	4	124	18

Quanto à reação à notícia da prematuridade (ver tabela 7), os dados indicam que 70% das mães dos bebés prematuros *temeu* pela vida do seu bebé quando soube do nascimento iminente. No grupo das mães dos bebés prematuríssimos, 76% sentiu medo e destas 48% refere ter sentido *choque/pânico* nesse momento. Nas suas palavras: *“Foi horrível. Um pesadelo porque o bebé entrou em sofrimento. Eu vivi isso antes e não se podia repetir. Muita ansiedade!”* (M15); *“Chorei imenso e fiquei desesperada. Pensava que a ia perder, que pudesse morrer a nascer... que não a ia poder sequer ver.”* (M17); *“Pânico, rebentaram as águas, foi pânico mesmo. Não tinha sinais, nem dores e de repente rebentaram as águas.”* (M27); *“Foi pânico, um choque. Quando soube a minha reação física foi tremer por todo o lado”* (M37); *“Parecia que me estavam a espetar uma faca no coração. Foi horrível”* (M38-39); *“Foi uma aflição. Socorro! Só lhes pedia que salvassem a minha filha. Muita aflição!”* (M41).

Curiosamente, 30% das mães dos bebés prematuros e 14% das mães dos bebés prematuríssimos afirmou não recear pela vida do bebé. Como exemplo: *“Já é história na família os bebés prematuros. Eu já estava preparada.”* (M5); *“Pensei: tem de ser! Eu já sabia que ele ia ser prematuro, estou aqui no hospital desde dezembro, não foi de 34 semanas foi de 31, mas fui-me preparando.”* (M19); *“Tranquilizaram-me dizendo que há muitos bebés assim e que ficam bem. Tenho primas que foram prematuras e agora estão grandes e fortes.”* (M46).

Tabela 7. - Frequência das reações maternas à notícia do nascimento antecipado/ prematuridade, de acordo com as amostras em estudo

	Quando soube que o seu bebé ia nascer antes do termo temeu pelo seu bebé		
	Não	Sim	Choque/pânico
Prematuros	15	35	0
Prematuríssimos	7	19	24
Total	22	54	24

A maioria das mães afirmou ter sentido amor pelo seu bebê pela primeira vez (ver tabela 8) no momento em que lhe foi dada a *notícia da gravidez*, foi o caso de 52% das mães dos bebês de termo, de 82% das mães dos bebês prematuros e de 44% das mães dos bebês prematuríssimos. Este sentimento é relatado desta forma: “*Senti amor a partir do momento que soube que estava grávida. Tinha um ser a crescer dentro de mim que era o fruto do nosso amor*” (M24); e “*Senti amor no momento da notícia. Foi uma alegria, alegria da vida.*” (M35).

Algumas mães, descrevem este sentimento no *momento do nascimento* (14% mães dos bebês de termo e 22% das mães dos bebês prematuríssimos): “*Ah sim, logo que ele nasceu!*” (M1); “*Quando a puseram sobre a minha barriga e ela choramingou um bocadinho.*” (M4); e “*Assim que o vi logo depois de nascer: foi claro!*” (M19).

Nos três grupos, uma mãe de um bebê de termo, uma mãe de um bebê prematuro e três mães de bebês prematuríssimos não se identificam com este sentimento: “*Amor não. Acho que não se sente amor ao primeiro impacto, mas tive um sentimento diferente quando o vi pela primeira vez logo depois de nascer.*” (M10).

	Quando é que sentiu amor pela primeira vez pelo seu bebé						
	Não identifica	Notícia da gravidez	Crescimento da barriga	Na ecografia	No nascimento	Sentir mexer pela 1ª vez	Na incubadora
Termo	1	27	4	4	7	7	-
Prematuros	1	41	2	1	4	1	0
Prematuríssimos	3	22	7	2	11	3	2
Total	5	90	13	7	23	11	2

Tabela 8. - Frequência das respostas maternas à questão “Quando sentiu amor pelo seu bebê pela 1ª vez?”, de acordo com as amostras em estudo

Quase todas as mães dos bebês de termo (96%) referem não terem sido afastadas dos seus bebês após o nascimento, enquanto praticamente todas as mães dos prematuros tiveram experiência inversa (ver tabela 9). Mais de metade das mães dos bebês prematuros sentiu *sofrimento/medo/culpa* (56%) como reação ao primeiro afastamento. Nas respostas das mães dos bebês prematuríssimos predomina o *sentimento de pena com aceitação* (60%), referindo por exemplo: “*É sempre uma dor, acho eu. Mas ela está a ter tudo o que precisa para crescer cá fora.*” (M31); “*Quando a vi senti-me assustada porque são muitas máquinas. Elas (as enfermeiras) acalmaram-me. Custa, mas sabemos que é para que ela viva. Faz-me confusão ter a bebé cá em baixo e nós lá em cima, e ouvir os outros bebês a chorar durante a noite.*” (M32). Seguindo-se o *sentimento de sofrimento/medo/culpa* (34%) descrito pelas mães: “*Chorei, não aguentei, chorei. Estavam as enfermeiras do INEM ali para a levarem e eu numa aflição... não sabia o que é que ia acontecer. É uma aflição.*” (M41); “*O primeiro pensamento foi que fiz algo errado. Tinha falhado. Custou-me.*”

Ainda pensei que me ia dar um ataque de parvoíce, mas depois passou.” (M60). Tanto no grupo dos bebês prematuros como no grupo dos prematuríssimos, três mães respectivamente não sabem identificar o que sentiram aquando do primeiro afastamento (6%): “Eu fiquei lá sozinha... nem sei o que lhe diga, também estava um bocado zombie. Claro que gostava de ter ido com ela, mas não podia.” (M14).

Tabela 9. - Frequência das reações maternas ao primeiro afastamento do seu bebé, de acordo com as amostras em estudo

	Não sei	Sufrimento/medo/culpa	Pena mas aceitou bem	Não houve
Termo	0	2	0	48
Prematuros	3	28	16	3
Prematuríssimos	3	17	30	0
Total	6	47	46	51

A maioria das mães dos bebês de termo (66%) caracterizou o temperamento (ver tabela 10) do seu filho(a) como *calmo*. Como exemplo “O A. é mais sossegadinho e forte.” (M42), embora 20% o tenha descrito como *agitado/chorão*: “Ele é muito mexidinho, pelo menos na barriga era... vai ser traquina!” (M8); A M. “é arisca, refila quando não gosta do que lhe estão a fazer as enfermeiras...” (M57). Igualmente, a maioria das mães dos bebês prematuros identificou-o como *calmo* (60%) e 10% considerou o seu bebé como *agitado/chorão*. As respostas das mães dos bebês de prematuríssimos oscilam entre *agitado/chorão* (40%), *calmo* (26%), e *não souberam* como descrevê-lo (32%).

Tabela 10. - Frequência das representações maternas do temperamento do seu bebé, de acordo com as amostras em estudo

	Caracterização do temperamento do bebé			
	Não sei	Calmo	Agitado/chorão	Misto
Termo	0	33	10	7
Prematuros	10	30	5	5
Prematuríssimos	16	13	20	1
Total	26	76	35	13

Quando perguntámos às mães como será cuidar do seu bebé (ver tabela 11), 60% das mães dos bebês de termo, 76% das mães dos bebês prematuros e 56% das mães dos bebês prematuríssimos, responderam *vai ser bom e vai correr bem* relatando: “Normal, como quando foi o primeiro filho.” (M31); “De certo modo vai correr melhor do que com o outro porque já não é a primeira viagem!” (M57); “Aí! Vai ser muito bom. Poder ser finalmente eu a cuidar dela e não estar ligada à máquina. É o que se gostaria numa circunstância normal. Mas vai tudo correr bem.” (M34).

Algumas mães mencionaram que será *difícil, mas estão dispostas a aprender*, 22% nos bebês prematuríssimos, 10% nos bebês prematuros e 2% nos bebês de termo. Para alguns exemplos: “Tenho de ter muito cuidado, não é um bebé normal.” (M6); “Será com todo o amor e carinho.

Teremos de aprender." (M7); *"Maravilhoso, cansativo. Vou precisar de muita ajuda. Vai ser um desafio."* (M38-39).

Algumas mães referem *sentir medo de não saber cuidados dos seus bebês*, das quais 24% das mães dos bebês de termo, 8% das mães dos bebês prematuros e os 2% das mães dos bebês prematuríssimos. Como exemplo: *"Não sei. Como me disseram, um dia de cada vez. Para mim é tudo muito novo."* (M27); *"Vai ser com muito cuidado apesar de eu já ter experiência. Vão ser mais cuidados, aqueles medos por ela ser muito pequenina, frágil."* (M45).

	Como será cuidar do seu bebê				
					Não quero
	Não sei	Bom e vai correr bem	Difícil e vou aprender	Sinto medo de não saber	pensar nisso agora
Termo	7	30	1	12	0
Prematuros	3	38	5	4	0
Prematuríssimos	6	28	11	1	4
Total	16	96	17	17	4

Tabela 11. - Frequência das representações maternas relativamente às capacidades para cuidar do seu bebê, de acordo com as amostras em estudo

Sobre as possíveis dificuldades no futuro (ver tabela 12), a maioria das mães de bebês de termo considerou que *iria ter dificuldades, mas pediria ajuda* (60%), e cerca de um terço estava confiante que *não teria dificuldades* (30%). Quase metade das mães dos bebês prematuros considerou que *não teria dificuldades* (46%) e cerca de um quarto considerou poder vir a ter *imensas dificuldades* (22%). Por fim, no grupo dos bebês prematuríssimos, as mães parecem ter dificuldades em antecipar dificuldades (ver tabela 13). Na verdade, 36% respondeu *não saber responder* a esta questão relatando: *"Não sei. Não faço ideia do que será a dificuldade, mas deixar todo este conjunto de enfermeiras, médicos, e máquinas e passarmos a ser só nós os dois. Bem, não sei."* (M1) *"Se estiverem a chorar, mas não sei."* (M38-39), e mais 22% das mães prefere não pensar no assunto *"Tenho algum receio. Já comecei a pensar, mas não quero pensar muito."* (M31): *"Não penso nisso. Volta e meia vem-me à cabeça, mas tento abstrair-me logo. Não é oportuno neste momento."* (M35).

	Dificuldades no futuro				
	Não sei	Nenhumas	Algumas, mas pedirei ajuda	Antecipa imensas dificuldades	Não quero pensar nisso agora
Termo	0	15	30	5	0
Prematuros	8	23	8	11	0
Prematuríssimos	18	10	10	1	11
Total	26	48	48	17	11

Tabela 12. - Frequência das representações maternas acerca das dificuldades no futuro com o seu bebê, de acordo com as amostras em estudo

Discussão de resultados

Sabendo que as representações maternas afetam a relação entre as mães e os seus bebés (e.g., Fuertes et al., 2011), a presente investigação pretende contribuir para o conhecimento das representações das mães dos bebés prematuríssimos, para quem o parto ocorre demasiado cedo e com graves riscos para a saúde do bebé (Twilhaar et al., 2018). No sentido, de compreender melhor essas representações elaborou-se um estudo em que comparámos as representações das mães de bebés de termo, prematuros e prematuríssimos relativamente à gravidez, ao nascimento antecipado, à maternidade, ao temperamento do bebé e aos cuidados futuros.

No *grupo das mães de termo*, a gravidez em muitos casos não foi planeada, mas quando é conhecida a notícia, a gravidez é recebida com agrado e aproximadamente metade das mães relata ter sentido amor pelo seu filho no momento dessa notícia. Quase todas as mães se sentiram apoiadas, quer pelos profissionais de saúde quer pela família/amigos durante a gestação. Após o parto permaneceram com o seu bebé e passadas 48h todas são capazes de caracterizar o temperamento do seu bebé. Para a larga maioria destas mães, o seu bebé é calmo e só cerca de um quarto descreve o seu bebé como agitado ou chorão. Estas mães consideram que vai ser bom cuidar do seu bebé, mas esperam dificuldades para quais contam com ajuda.

As mães dos bebés prematuros compõem um grupo distinto do anterior, dois terços desejaram e planearam a gravidez, e uma parte substancial recorreu à consulta de infertilidade para gravidar. Revendo os dados demográficos, para a maioria dos casais deste grupo este é o seu primeiro filho(a). Assim, este bebé é desejado e sonhado, e consequentemente, recebido com alegria e apoio para a generalidade destas mães. Consequentemente, a grande maioria das mães referiu ter sentido amor pelo seu filho logo que soube a notícia.

Apesar destes aspetos positivos, quando o parto ocorreu prematuramente, as mães sentiram preocupação (ou grande preocupação) mas não relatam choque ou pânico. Mais de metade viveu o momento de separação e ida do bebé para incubadora com angústia e culpa, e em menor número algumas mães aceitaram ainda que com um sentimento de pena. O seu bebé é caracterizado essencialmente como calmo, embora quase um quarto das mães não consiga caracterizar o temperamento do seu bebé. Já o futuro é vivido com otimismo. Comparativamente com os outros dois grupos, as mães dos prematuros antecipam menos dificuldades e consideram que será bom cuidar do seu bebé após a alta.

A experiência relatada pelas *mães dos bebês extramente prematuros* é distinta da descrita pelas mães dos outros prematuros. Com efeito, é menos planeado este bebê embora igualmente aceite, mas o sentimento de amor por ele ocorre muito menos frequentemente durante a notícia ou gravidez comparativamente aos outros dois grupos. Preocupantemente, o primeiro sentimento de amor é descrito por cerca de um terço das mães só depois do nascimento e, três mães não manifestam esse afeto. As histórias de vida destas mães comportam mais indicadores de risco (e.g., neste grupo existem mais mães emigrantes, separadas dos pais das crianças) ou acumulação de situações de risco como podemos ler nos seus relatos. A título de exemplo, algumas não receberam qualquer apoio clínico ou pessoal durante a gravidez, o que é raro na realidade portuguesa. Estas mães descrevem o nascimento do seu bebê como uma experiência traumática e geradora de pânico, aceitando a separação do seu bebê para que ele recebesse os cuidados necessários. De tal forma centradas na luta pela sobrevivência do seu filho(a), muitas não querem perspetivar o futuro quando são questionadas.

Estes resultados indicam-nos três percursos de maternidade distintos e quase independentes. O ponto de partida “o planeamento da gravidez” nos três grupos é distinto e pode ter sido gerador de diferentes sentimentos maternos. A evidência empírica indica que a probabilidade de relações seguras é maior nos pais que desejaram os seus filhos (Thun-Hohenstein et al., 2008). Extrapolamos, por isso, que o facto das mães dos bebês prematuros terem desejado os seus filhos e modo como perspetivam a gravidez, o futuro e o temperamento do seu bebê, podem constituir um fator protetor da maternidade.

Num estudo português o momento do despertar do amor por um filho está relacionado com a relação entre mães e filhos (e.g., Gomes-Pedro et al., 1995). A maioria das mães dos prematuros desperta para este amor quando recebe a notícia de que está grávida. Porém, a maioria das mães dos prematuríssimos, nutre este sentimento mais tarde. Parece que estamos perante um processo transaccional, como descrevem Sameroff e Fiese (2000), no qual as mães que se encontram menos preparadas pessoal, familiar e socioeconomicamente para a prestação materna, podem desenvolver representações menos positivas gerando o desencadear de mecanismos defensivos que afetam a preparação do estabelecimento da vinculação. Sendo que múltiplas variáveis podem contribuir para o risco neste processo diádico e transaccional, este estudo corrobora a necessidade de estudar o papel dessas variáveis, mas sobretudo a necessidade de identificar variáveis protetoras na família e na relação.

Num aspeto, os dois grupos de mães prematuros assemelham-se, uma relativa prevalência (cerca de um quarto das mães) que não con-

segue descrever o temperamento dos seus bebês, que pode resultar do afastamento físico com a mãe internada separadamente do bebê. Possivelmente, estas mães estiveram pouco tempo com os seus bebês. Não obstante, o processo de reconhecimento mútuo e instintivo entre mãe e bebê (cheiro, tato, paladar) nas primeiras 24h pós parto pode ser comprometido por esta experiência. Neste sentido, vários tipos de intervenção nas unidades de cuidados intensivos tem demonstrando grande eficácia na promoção do contacto físico e das trocas afetivas entre pais e filhos como o método *Canguru* e o *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP). No contexto da abordagem reflexiva Touchpoints, o profissional oferece aos pais a oportunidade de identificar as competências bebê, com objetivo de estimular a relação pais-filho(a), a autoeficácia e a autoconfiança dos pais (Brazelton & Nugent, 2011; Brazelton, & Sparrow, 2003; Lowman, Stone & Gardner-Cole, 2006). Para a metodologia Touchpoints, o objetivo central é a restaurar a segurança do elo pais-filhos e modificar as representações dos pais acerca do bebê (e.g., Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer, 2005; Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002). Os nossos dados podem ser muito úteis ao traçar um “mapa” destas representações que podem ajudar os profissionais a perceber os sentimentos das mães e as dificuldades emocionais com que se confrontam. Inclusivamente, as questões da nossa entrevista podem ser usadas clinicamente como primeiro momento de reconhecimento das emoções maternas e de estabelecimento da relação profissional-família.

Quando nos debruçamos sobre as representações das mães sobre o temperamento dos bebês, as mães dos prematuríssimos são as que menos identificam os seus bebês como calmos. Não sabemos se as alterações autonómicas e metabólicas destes bebês desencadeiam mais respostas impulsivas, com menor organização e maior expressão de desconforto físico podem estar a ser lidas pelas suas mães como tendo um temperamento mais difícil. Sabemos, contudo, que estas mães apresentam maior dificuldade na antevisão do futuro e consideram em maior número que o temperamento do seu bebê é agitado ou chorão. Ora, se as representações positivas são porventura capacitantes e motivantes do papel materno (Fuertes et al. 2011, Benoit et al., 1997) encontramos neste grupo uma forte vulnerabilidade que poderá afetar o estabelecimento da vinculação segura.

O otimismo das mães dos prematuros contrasta com as outras mães, esperando que, após a alta do bebê, seja bom cuidar dele. Este resultado corrobora dados anteriores que indicam que as mães dos bebês prematuros demonstravam confiança na sua capacidade de cuidar e de se relacionar com os seus filhos (Fuertes et al., 2011). De certa forma, é como se o processo de simbolização intrapsíquico do bebê

(idealização do bebé e da maternidade) ainda continuasse. No caso das mães dos bebés prematuríssimos arriscamos especular, com base nos seus testemunhos, que este processo de idealização nunca tenha realmente ocorrido. Possivelmente, estas mães ainda não antecipam as dificuldades futuras porque estão emocionalmente muito investidas no processo de apoio à vida e à sobrevivência do seu bebé. Este dado também poderá ser lido como estratégia de autorregulação materna face à adversidade. Por fim, as mães de termo parecem terem sido confrontadas de imediato, e sem mesmo apoios de profissionais de saúde, com o bebé real e com as suas necessidades, o que coloca, logo após o nascimento, desafios à maternidade.

Quando questionadas sobre a sua reação à notícia da prematuridade, a grande maioria das mães dos bebés prematuros e prematuríssimos afirmou ter temido pela vida do seu bebé. Como referido na revisão da literatura, estas experiências traumáticas podem condicionar as representações da maternidade e desencadear 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 verdadeira tentativa de compensar os processos de prematuridade. Estes dados vêm reforçar a necessidade de as práticas de intervenção precoce incluírem procedimentos específicos e profissionais treinados na área da vinculação.

Quanto à reação ao primeiro afastamento, as mães dos bebés prematuros e prematuríssimos experimentaram sentimentos de sofrimento, medo e culpa. Os pais dos bebés prematuros descreveram também sentimentos de impotência, perda de controlo da situação e perda de contacto com o bebé. Alguns autores sugerem que nestas condições, os pais podem não conseguir exercer plenamente a sua parentalidade (Lasiuk et al., 2013), sentindo muitas vezes que o bebé pertence à equipa de saúde a qual cabe a responsabilidade pelos cuidados do bebé no período de internamento perinatal (Lindberg & Ohrling, 2008). De facto, os pais sentem-se confrontados com sentimentos de angústia, ansiedade, raiva, culpa e depressão, podendo desenvolver sintomatologia traumática (Feldman, 2006; Forcada-Guex, et al., 2006). Nestas condições a prevalência de vinculação insegura é superior aquela que é encontrada em amostras com bebés de termo (e.g., Fuertes et al., 2011, Cox et al., 2000; Lopes dos Santos & Fuertes, 2005; Fuertes, Faria, Soares & Costa, 2010).

Em suma, o estabelecimento da vinculação é um fenómeno universal na espécie humana, uma vez que o ser humano vem equipado com um sistema de comportamentos instintivos que lhe permitem estabelecer uma relação privilegiada com a figura materna. Contudo, a prematuridade pode desafiar a forma como este sistema é ativado quer provocando algum atraso na sua ativação quer inibindo a adoção da

estratégia segura. Por outro lado, as mães podem ser convocadas muito precocemente para o papel materno desenvolvendo representações distorcidas acerca do bebê e da prestação materna.

Na presente pesquisa as mães dos bebês prematuros relatam situações de grande ansiedade, no momento da ocorrência do parto e, após o nascimento, ao temerem pela sobrevivência do bebê. Neste sentido é essencial a presença de profissionais especializados em vinculação, que possam apoiar as famílias ao longo deste processo. Nalguns relatos verificamos como os profissionais de saúde reasseguram as mães. As perturbações da vinculação são um risco para o desenvolvimento do bebê prematuro que pode ser evitado na articulação destes profissionais de saúde com os de psicologia. Esperamos que o presente estudo possa contribuir para identificar áreas de atuação durante este período de internamento do bebê e, desenhar respostas preventivas, atempadas e sobretudo diferenciadas às famílias na área vinculação, considerando reflexivamente as representações maternas da gravidez e do bebê e as experiências perinatais.

A presente investigação deve ser compreendida como uma pesquisa exploratória para averiguar as representações maternas sobre a gravidez, parto, experiências perinatais, temperamento do bebê e futuros cuidados. Os dados foram tratados numa primeira fase com recurso a análise de frequências, integrando os indicadores de comunicação das mães que nos servem de modo ilustrativo para a reflexão sobre a grande e extrema prematuridade.

Referências

Als, H. (1983). Infant individuality: Assessing patterns of very early development. In J. D. Call, E. Glenson, & R. L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry* (pp.363-378). New York, NY: Basic Books.

Antunes, S., Barbosa, M., Gonçalves, J., Ribeiro, C., Justo, J., Gomes-Pedro, J., Lopes dos Santos, P., Lamônica, D., & Fuertes, M. (2016). Autorregulação e vinculação no primeiro ano de vida do bebê prematuro: investigação, intervenção precoce e contributos da abordagem Touchpoints. *Diálogos acerca da prematuridade*. Edições Aloendro: Évora.

Bakermans-Kranenburg, M., Van IJzendoorn, M., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 191-216. doi:

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. doi: 10.1016/S0163-6383(78)80051-4

Benoit, D., Parker, K.C., & Zeanah, C. H. (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 307-313. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01515.x

Borghini A., Pierrehumbert B., Miljkovitch R., Muller-Nix C., Forcada-Guex M., & Ansermet F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 494-508. doi: 10.1002/imhj.20103

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. I). London: Penguin Book.

Brandon, D. H., Tully, K. P., Silva, S.G., Malcolm, W. F., Murtha, A. P., Turner, B.S., & Holditch-Davis, D. (2011). Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(6), 719-31. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01290.x

Brazelton, B., & Cramer, B. (1990). *The Earliest Relationship*. Reading, MA: Addison-Wesley/Lawrence.

Brazelton, T., & Nugent, J. (2011). *Neonatal Behavioral Assessment Scale, third edition*. London: Mac Keith Press.

Brazelton, B., & Sparrow, J. (2003). The Touchpoints™ Model of Development. *Touchpoints Newsletter*, 6, 1-10.

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, 252-270. doi: 10.1111/1467-8624.00277

Brecht, C., Shaw, R., St. John, N., & Horwitz, S. (2012). Effectiveness of therapeutic and behavioural interventions for parents of low-birth-weight premature infants: a review. *Infant Mental Health Journal*, 33(6), 651-665. doi: 10.1002/imhj.21349

Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C., & Sherman, M. (1989). Attachment: The Parental Perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 203-221.

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, 109-113. doi: 10.1016/s8756-5005(08)70117-3

Conradt, E., & Ablow, J. (2010). Infant physiological response to the still-face paradigm: Contributions of maternal sensitivity and infants' early regulatory behavior. *Infant Behavior and Development*, 33, 251-265. doi: 10.1016/j.infbeh.2010.01.001

Cox, S. M., Hopkins, J., & Hans, S. L. (2000). Attachment in Pre-term Infants and their Mothers: Neonatal Risk Status and Maternal Representations. *Infant Mental Health Journal*, 21(6), 464-480. doi: 10.1002/1097-0355(200011/12)21:6<464::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-V

Di Vitto, B., & Goldberg, S. (1979). The effects of newborn medical status on early parent-infant interaction. In T.M. Field, A. M. Sostek, S. Goldberg & H.H. Shuman (Eds.), *Infants born at risk* (pp.311-332). New York: Spectrum Books.

Eckerman, C. O., Hsu, H. C., Molitor, A., Leung, E. H., & Goldstein, R. F. (1999). Infant arousal in an en-face exchange with a new partner: Effects of prematurity and perinatal biological risk. *Developmental Psychology*, 35, 282-293. doi: 10.1037//0012-1649.35.1.282

Evans, T., Whittingham, K., & Boyd, R. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant Behavior & Development*, 35(1), 1-11. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.10.002

Fava-Vizziello, G., Antonioli, M., Cocci, V., & Invernizzi, R. (1993). From pregnancy to motherhood: the structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 4-16. doi: 10.1002/1097-0355(199321)14:1<1::AID-IMHJ2280140102>3.0.CO;2-S

Feldman, R. (2006). From biological rhythms to social rhythms: physiological precursors of mother-infant synchrony. *Developmental Psychiatry*, 42, 175-188. 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. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01278.x

Feldman, R., & Eidelman, A.I. (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. doi: 10.1016/s8756-5005(08)79275-8

Ferreira, L. B. (2016). Prematuridade e parentalidade: uma visão pela psicologia pediátrica. In Justo, J. *Diálogos acerca da prematuridade*. Évora: Edições Aloendro.

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. doi: 10.2307/1128325

Field, T. M. (1979). Interaction patterns of preterm and term infants. In T.M. Field, A.M. Sostek, S. Goldberg & H.H. Shuman (Eds.), *Infants born at risk* (pp. 333-356). New York: Spectrum Books.

Fogel, A. (1992). Movement and communication in human infancy: The social dynamics of development. *Human Movement Science*, 11, 387-423. doi: 10.1016/0167-9457(92)90021-3

Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A. & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1), e107-e114. doi: 10.1542/peds.2005-1145

Fuertes, M., Faria, A., Fink, N., & Barbosa, M. (2011). Associations among maternal representations at birth and attachment in portuguese dyads with preterm and full term infants. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 79-86.

Fuertes, M., Faria, A., Soares, H., & Costa, A. O. (2010). Momentos de interação em que as emoções se Apre(e)ndem: Estudo exploratório sobre a prestação materna e infantil e jogo livre. *Psicologia USP, São Paulo*, 21(4), 833-857. doi: 10.1590/s0103-65642010000400010

Fuertes, M., Faria, A., Soares, H., & Crittenden, P. (2008). Mother-child patterns of interaction: The impact of premature birth and social economical background. *Acta Ethologica*, 12(1), 1-11. doi: 10.1027/1016-

Fuertes, M., Faria, A., Soares, H., Oliveira-Costa, A., Corval, R., & Figueiredo, S. (2009). Dois parceiros, uma só dança: Contributo do estudo da interação mãe-filho para a Intervenção Precoce. In G. Portugal (Ed.), *Ideias, projetos e inovação no mundo das infâncias – O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 127- 140). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Fuertes, M., Faria, A., & Lopes dos Santos (2014). Pais e mães protegem, acarinham e brincam de formas diferentes. *Análise psicológica*, 4(XXXII), 419-437, doi:10.14417/ap.698

Fuertes, M., Justo, M., Barbosa, M., Leopoldo, L., Lopes, J. Gomes Pedro, J., & Sparrow, J. (2012). Infants prematurely born: Socio-emotional Development and Early Intervention. In D. Contreiras and J. Sampaio (Eds.) *In Preterm Infants: Development, Prognosis and Potential Complications* (pp.100-125). NY: Nova Science Publishers.

Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2006). More than maternal sensitivity shapes attachment: Infant coping and temperament. *Annals New York Academy of Science*, 1094, 292-296. doi: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*, 4, 320-331. doi: 10.1027/10169040.14.4.320

Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2012). Predictors of infant positive, negative and self-direct coping during face to face still-face in Portuguese preterm sample. *Análise psicológica*, 4(XXIX): 553-565. doi: 10.14417/ap.103

Gable, S., & Isabella, R. A. (1992). Maternal contributions to infant regulation of arousal. *Infant Behavior and Development*, 15, 95-107. doi: 10.1016/0163-6383(92)90009-u

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. doi: 10.1590/0104-1169.2970.2375

Gianino, A., & Tronick, E. Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capa-

cities. In T. M. Field, P. M. MacCabe & N. Schneiderman (Eds), *Stress and coping across development* (pp. 47-68). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Goldberg, S., & Di Vitto, B. (1995). Parenting children born preterm. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, volume 1, children parenting* (pp. 209-231). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Golish, T. D., & Powell, K. A. (2003). "Ambiguous loss": Managing the dialectics of grief associated with premature birth. *Journal of Social & Personal Relationships*, 20(3), 309. doi: 10.1177/0265407503020003003

Gomes-Pedro J., Patrício M., Carvalho A., Goldschmidt T., Torgal-Garcia F., & Monteiro M. B. (1995). Early intervention with Portuguese mothers: a 2-year follow-up. *Journal Developmental Behavior and Pediatrics*, 16(1), 21-8. doi: 0.1097/00004703-199502000-00004

Goutaudiera, N., Lopeza, A. Séjournéa, N., Denisb, A. & Chabrol, H. (2011). Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following child-birth, a mixed-methods study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 364-373. doi: 10.1080/02646838.2011.623227

Green, J. G., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2015). The myth of the miracle baby: how neonatal nurse interpret media accounts of babies of extreme prematurity. *Nursing Inquiry*, 22(3), 273-281. doi: 10.1111/nin.12095

Harmon, R. J. & Culp, A. M. (1981). The effect of premature birth on family functioning and early development. In I. Berlin (Ed.), *Children and our future* (pp. 1-9). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.

Hugh-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Bogat, G. A. & von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child Development*, 75(2), 480-496. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00688.x

Izard, C. E., Haynes, O. M., Chisholm, G., & Baak, K. (1991). Emotional determinants of infant-mother attachment. *Child Development*, 62(5), 906-917. doi: 10.2307/1131142

Kochanska, G. (1998). Mother-child relationship, child fearfulness, and emerging attachment: a short-term longitudinal study. *Develop-*

mental Psychology, 34(3), 480-490. doi: 10.1037//0012-1649.34.3.480

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. doi: 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. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.06.006

Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2009). Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behavior & Development*, 32(3), 305–311. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.04.003

Lasiuk, G., Comeau, T., & Newburn-Cook, C. (2013). Unexpected: an interpretive description of parental traumas’ associated with preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1-10. doi: 10.1186/1471-2393-13-S1-S13

Lowman, L., Stone, L., & Gardner-Cole, J. (2006). Developmental Assessments in the NICU to Empower Families. *Neonatal Network*, 3, 177-186. doi: 10.1891/0730-0832.25.3.177

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. doi: 10.3402/ijch.v67i5.18353

Lopes dos Santos, P., & Fuertes, M. (2005). A vinculação em populações de risco. In J. Bairrão (Coord.), *Desenvolvimento: Contextos familiares educativos* (pp.172-199). Porto: Livpsi.

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*. Massachusetts: The Harvard Common Press.

Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver–pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4 (1), 107-124. doi: 10.1080/14616730252982491

Medeiros, J. K. B., Zanin, R. O., & Alves, K. S. (2009). Perfil do desenvolvimento motor do prematuro atendido pela fisioterapia. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 7, 367-372.

Mianaei, S., Karahroudy, F., Rassouli, M., & Tafreshi (2014). The effect of Creating Opportunities 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.

Minde, K., Perrotta, M., & Marton, P. (1985). Maternal caretaking and play with full-term and preterm infants. *Journal of Child Psychiatry*, 26, 231-244. doi: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb02262.x

Misund, A., Nerdrum, P., & Diseth, T. (2014). Mental health in women experiencing preterm birth. *Pregnancy and Childbirth*, 14, 263. doi: 10.1186/1471-2393-14-263

Montirosso, R., Borgatti, R., Trojan, S., Zanini, R., & Tronick, E. (2010). A comparison of dyadic interactions and coping with still-face in healthy pre-term and full-term. *British Journal of Developmental Psychology*, 28, 347-368. doi: 10.1348/026151009x416429

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. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002

Pederson, D. R., & Moran, G. (1995). A categorical description of infant-mother relationships in the home and its relation to Q-Sort measures of infant-mother interaction. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60, 2-3, 111-132. doi: 10.2307/1166174

Pederson, D. R., & Moran, G. (1996). Expressions of the attachment relationship outside of the strange situation. *Child Development*, 67, 3, 915-927. doi: 10.2307/1131870

Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation and early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 119-191). Cambridge: Cambridge University Press.

Sokolowski, M. S., Hans, S. L., Bernstein, V. J., & Cox, S. M. (2007). Mothers' representations of their infants and parenting behavior: Asso-

ciations with personal and social-contextual variables in a high-risk sample. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 344-365. doi: 10.1002/imhj.20140

Stern, D., Bruschiweiller-Stern, N., & Freeland, A. (1998). *The birth of a mother*. Moshav Ben-Shemen, Israel: Mondan Publishing House.

Stern, D., Bruschiweiller-Stern, N., & Freeland, A. (2000). *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar.

Stevenson, M. B., Roach, M. A., Ver Haeve, J. N., & Leavitt, L. A. (1990). Rhythms in the dialogue of infant feeding: preterm and term infants. *Infant Behavior and Development*, 13, 51-70. doi: 10.1016/0163-6383(90)90005-s

Thun-Hohenstein, L., Wienerroither, C, Schreuer, M., Seim, G., & Wienerroither, H. (2008). Antenatal mental representations about the child and mother–infant interaction at three months post-partum. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 9–19. doi: 10.1007/s00787-007-0622-3

Treyvaud, K., Anderson, V. A., Lee, K. J., Woodward, L. J., Newnham, C., Inder, T. E. et al. (2010). Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 768-777. doi: 10.1093/jpepsy/jsp109

Twilhaar, E. S., Wade, R. M., de Kieviet, J. F., van Goudoever, J. B., van Elburg, R. M., & Oosterlaan, J.(2018). Cognitive Outcomes of Children Born Extremely or Very Preterm Since the 1990s and Associated Risk Factors: A Meta-analysis and Meta-regression, *JAMA Pediatrics*. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.5323

van der Mark, I. L., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2002). Development of empathy in girls during the second year of life: Association with parenting, attachment, and temperament. *Social Development*, 11(4), 451-468. doi: 10.1111/1467-9507.00210

van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O.J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858. doi: 10.2307/1131237

Wille, D.E. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant–

mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, 14, 227–240. doi: 10.1016/0163-6383(91)90007-f

Wolf, M., Koldewijn, K., Beelen, A., Smith, B., Hedlund, R., & Groot, I. (2002). Neurobehavioral and developmental profile of very low birth-weight preterm infants in early infancy. *Acta Paediatrica*, 91, 930-938. doi: 10.1111/j.1651-2227.2002.tb02858.x

Zarling, C. L., Hirsch, B. J., & Landry, S. (1988). Maternal social networks and mother-infant interactions in full term and very low birth weight preterm infant. *Child Development*, 59, 178-185. doi: 10.2307/1130399

Zeanah, C. H., Benoit, D., Hirshberg, L., Barton, M. L., & Regan, C. (1994). Mothers' representations of their infants are concordant with infant attachment classifications. *Developmental Issues in Psychiatry and Psychology*, 1, 1-14. doi:10.1111/j.1469-7610.1997

Financiamento

Este projeto foi financiado pela FCT no âmbito do projeto *Vinculação em bebés prematuríssimos: o impacto dos fatores perinatais, da auto-regulação infantil, da sensibilidade materna e do desenvolvimento infantil* (Referência do projeto: PTDC/MHC-PED/1424/2014 financiado por fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Factores de Competitividade (PO-FC).

RELAÇÃO MÃE-FILHO(A) EM BEBÉS TRANSPORTADOS JUNTO AO PEITO E EM BEBÉS TRANSPORTADOS EM CARRINHOS

Carina Santa Bárbara

carinasb84@gmail.com

Escola Superior de Educação de Lisboa

Olívia De Carvalho

olivia@upt.pt

Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto

e Instituto de Estudos Superiores de Fafe (IESF). Fafe,

Marina Fuertes

marinaf@eselx.ipl.pt

Escola Superior de Educação de Lisboa

e Centro de Psicologia da Universidade do Porto

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.117>

Resumo

Dado que o contacto físico está associado à qualidade da vinculação e da relação mãe-filho(a), procurámos estudar a qualidade dessa interação em 26 bebés transportados junto ao peito das suas mães. Os bebés tinham entre 6 e 36 meses (13 meninas, 13 meninos) e não apresentavam problemas de desenvolvimento. A qualidade da interação mãe-filho(a) foi avaliada em jogo livre através da escala CARE-Index, os resultados da aplicação desta escala permitiram selecionar as díades com elevada qualidade (pontuação superior a 9) e díades de baixa qualidade (com menos de 6 pontos). Posteriormente, o comportamento diádico foi descrito em termos das respostas faciais, vocais, afetivas, diretivas, lúdicas e recíprocas das mães e dos bebés em díades

de elevada/boa qualidade diádica versus de baixa qualidade. Nas díades de elevada qualidade, a interação é caracterizada pela participação, reciprocidade, afetividade positiva, partilha de prazer e envolvimento. Contudo, nas díades de baixa qualidade interativa verifica-se, sobretudo, a falta de envolvimento e participação, evidente no jogo isolado ou paralelo. Comparativamente a outros estudos nacionais, nesta amostra observam-se menos comportamentos abusivos, intrusivos ou negligentes. Tal seria de esperar, dado que se trata de um grupo de classe média com elevada literacia materna. Contudo, 6 em 26 díades tinham baixa qualidade interativa, o que indica que o mero transporte junto ao corpo por si só não é garante de uma relação afetiva positiva e recíproca.

Palavras-chave: Transporte do bebé; contacto; proximidade física; qualidade interativa mãe-filho(a).

Estado de Arte

Em sociedades industrializadas e desenvolvidas, o transporte corporal dos bebés, como alternativa ao carrinho, está a ser reintroduzido tendo surgido no mercado novas ofertas como panos, *slings* e marsúpios. Nos EUA, embora 99% dos pais possuam carrinho, 17% usa, adicionalmente, marsupiais ou outros meios de transporte corporal (Blois, 2005). Porém, pouco se sabe sobre as vantagens deste tipo de transporte para a saúde e desenvolvimento do bebé, para a saúde dos pais e, para a relação entre pais e os bebés. É previsível que o transporte junto ao corpo tenha tido origem nas populações nómadas, facilitando as deslocações das mães, embora este uso de meios auxiliares de transporte tenha sido quase completamente extinto nas sociedades modernizadas. *Assim, questionamo-nos como será reintroduzir na sociedade portuguesa o transporte junto ao corpo? E quais os contributos para a interação mãe-filho(a)?* Na verdade, a sociedade portuguesa (especialmente a sociedade urbana) recorre a meios auxiliares de transporte nos últimos 50 anos, distanciando-se culturalmente do transporte junto ao corpo. Contudo, algumas famílias optam pela sua reintrodução mesmo não se tratando de um hábito familiar ou cultural. Procuramos, nesta pesquisa, analisar os comportamentos interativos das mães-bebés em díades portuguesas com transporte corporal (junto ao peito ou às costas), comparando os casos de elevada e baixa qualidade interativa. Esta linha de investigação de natureza descritiva e idiossincrática ganha expressão na área da relação mãe-bebé, ao oferecer um mapa

dos comportamentos maternos e infantis, particularmente, ao identificar pontos-chave do comportamento interativo sensível e desadequado. Deste modo, queremos identificar quais os aspetos específicos da relação mãe-bebé que caracterizam as díades com transporte corporal, nomeadamente, em termos de resposta facial, vocal e afetiva, sincronia, contingência e estabelecimento lúdico.

A vinculação no quadro da perspectiva de desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner

No quadro da perspectiva bioecológica de Bronfenbrenner e Morris (1998), o desenvolvimento ocorre em contexto, decorrente da interação entre organismo e ambiente, ao longo do tempo. Neste modelo, quatro aspetos multidirecionais e inter-relacionados contribuem para o desenvolvimento individual: "*pessoa, processo, contexto e tempo*". Porventura, as relações de vinculação estão na origem deste processo, quando o bebé desde do nascimento desenvolve uma relação significativa e duradoura com figuras específicas (Bowlby, 1969). A parentalidade é complexa, porque envolve relações, comunicação, competências sociais, competências práticas e a existência de elevados níveis de compreensão (Smith, 1997). Esta relação decorre e contribui para o processo de desenvolvimento da criança (o desenvolvimento da criança a contribuir para a forma como interage mas também decorrente dessas interações). Esta complexidade resulta, em parte, pela ação de processos *distais* e *proximais* (Bronfenbrenner, 1986).

Nos processos distais, encontra-se a motivação filogenética forjada pela evolução (a obtenção de cuidados e proteção até à idade reprodutiva). Atendendo ao longo período de dependência do bebé humano (comparado com outras espécies, incluindo primatas), a sua sobrevivência encontra-se dependente dos cuidados parentais e, consequentemente, os cuidados parentais contribuem para o sucesso reprodutivo dos pais. Olhar a parentalidade através das lentes evolucionistas pode ser útil para compreender as motivações últimas dos comportamentos humanos (Simpson, 1999). Contudo, a vinculação é uma relação emocional profunda e estruturante que não se esgota meramente na satisfação das necessidades de sobrevivência da criança. Em termos de influência proximal, o tipo e natureza dos cuidados parentais podem contribuir para a organização dos padrões de vinculação (Belsky, Steinberg, & Draper, 1991). Por exemplo, mães que respondem contingentemente e que são responsivas aos sinais dos bebés relativamente às suas necessidades, originam crianças com uma vinculação segura

(Isabella & Belsky, 1991).

A investigação tem revelado uma forte associação entre os padrões de vinculação e os estilos parentais, dando peso aos processos proximais. Bjorklund, Yunger & Pellegrini (2002) contrapõem que a perspectiva evolucionista permite, para além de descrever os aspetos universais da vinculação, dar ênfase à expressão da epigénese na interação com o ambiente, ao longo do desenvolvimento. Esta abordagem oferece novas perspectivas acerca da relação entre as variações da parentalidade e as diferentes respostas adaptativas, que originam diferentes fenótipos.

Numa visão ecológica, estas influências (proximais e distais) afetam processos, características e interações que influenciam a parentalidade (Bronfenbrenner, 1986). Entre elas, as variáveis ambientais que influenciam a educação da criança de forma direta, por interação e participação imediata, mas também de forma indireta, através da influência que exercem sobre a parentalidade (Bradley, 1995).

A cultura contribui para formar e definir a identidade e o comportamento parental, assim como a forma como os pais organizam o ambiente para os seus filhos ou filhas. Mas a parentalidade reflete, também, o que a vizinhança e a comunidade proporcionam. Como demonstra o modelo de parentalidade de Belsky (1984), a parentalidade é uma função complexa com a influência de muitos fatores, incluindo a história dos próprios pais e a personalidade e características da criança em desenvolvimento. Os pais e filhos(as) são construtores ativos dos seus ambientes, assim como responsáveis pelo que o ambiente proporciona (Carvalho, 2011). O processo da parentalidade envolve numerosas interações entre a criança e o ambiente, desde a história pessoal dos pais, às histórias das suas próprias famílias e à própria história de vida da criança. O comportamento parental é moldado por várias influências, incluindo as características e recursos individuais dos pais; os recursos e as características das crianças e os recursos contextuais, especialmente condições materiais de vida e a qualidade nas relações com os parceiros, parentes e amigos (Belsky, 1984). O ambiente social influencia o exercício da parentalidade, incluindo o contexto cultural/social (Belsky & Stratton, 2002).

Vinculação e Proximidade física

Segundo Bowlby (1969) o estabelecimento de relações de vinculação é, em si, um fenómeno normativo e universal na espécie humana, embora a vinculação tenha de ser entendida de forma sistémica, resultado de múltiplos fatores e interações (Cassidy, 2008).

A qualidade da vinculação decorre do conceito de *base segura*. A maioria das crianças, recorre à sua figura de vinculação como uma *base segura*, ou seja, quando a criança percebe o “perigo” (e.g., presença de estranhos, dor, medo, ausência materna) procura a proteção materna (aproximando e tentando obter o contacto). Deste modo, a forma como a figura materna responde à procura de proximidade física e contacto por parte da criança é determinante da qualidade da relação (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Com efeito, a forma como as crianças regulam a proximidade e o toque com a figura de vinculação é distinta nos vários tipos de vinculação. Ainsworth e colaboradores (1978) conceptualizaram a qualidade dos vínculos em três grandes padrões: o B (*seguro*), o A (*inseguro-evitante*) e o C (*inseguro-resistente/ambivalente*). Na vinculação *inseguro-evitante* a criança explora o meio de forma independente, não mostrando desconforto com a ausência da mãe e evitando ativamente o contacto e a proximidade da mãe após o reencontro. A vinculação evitante tem sido associado a problemas de internalização, saúde mental e isolamento (Thompson, 2008).

O tipo de vinculação segura é marcado por uma figura de vinculação que atua como uma base segura, para a qual a criança pode regressar após a exploração do meio. O regresso é vivido com interesse e, na maioria dos casos, com procura de contacto. A investigação tem identificado a vinculação segura como uma fonte de proteção e fonte de resiliência para o desenvolvimento socioemocional e para a aprendizagem (Thompson, 2008).

As crianças que demonstram uma vinculação inseguro-resistente/ambivalente têm dificuldades em explorar o meio, mesmo antes da separação, procurando monitorizar a localização da figura de vinculação. Depois da reunião exibem comportamentos ambivalentes, vacilando entre a procura de proximidade e os comportamentos de resistência ou apresentando resistência através da passividade. Este estilo de vinculação tem sido associado a problemas de externalização, relação com os pares, e qualidade da saúde da criança (Thompson, 2008).

Em suma, a qualidade da vinculação dependerá e resultará a procura do contacto físico e a persistência desse contacto. Alguns investigadores consideraram o contacto materno como uma variável que pode estar na origem da vinculação e que, simultaneamente, pode evoluir como expressão da sua organização (e.g., Anisfeld, Casper Nozyce, & Cunningham, 1990). O contacto, o afeto e a proximidade materna podem ser o contexto relacional no qual a criança se sente segura e recebida dando início ao estabelecimento da vinculação

Relação mãe-filho(a) e Toque físico

Para compreender de que forma o toque/contacto materno podia afetar a relação com a criança, constituiu-se uma linha de investigação dedicada ao tema. Por exemplo, Ferber, Feldman e Makhoul (2008) analisaram a quantidade de toque de estimulação, afetivo e instrumental materno durante atividades de rotina diária (e.g., mudanças de fraldas, alimentação), ao longo do primeiro ano de vida da criança. Os resultados indicaram que a quantidade do toque não era um fator determinante na relação na mãe-filho(a). Porém, a qualidade das experiências proporcionadas nas atividades com toque era determinante dessa qualidade, nomeadamente pela reciprocidade desencadeada e pelo envolvimento emocional proporcionado. Ora, aqui alguma investigação começa a indicar que a quantidade de toque (contacto físico) não é por si um indicador, exceto nas díades com mães com o diagnóstico de depressão ou outras alterações somáticas (e.g., Herrera, Reissland, & Shepherd, 2004).

A relação entre a proximidade física e a qualidade da vinculação foi, igualmente, estudada em díades em que os bebés eram transportados junto ao corpo (*slings*) e em díades que transportaram os bebés por meios auxiliares (e.g., carrinhos, berços). Os resultados foram muito evidentes, 83% das crianças transportadas junto ao corpo apresentaram uma relação segura, face a 39% do grupo de controlo. Aos três meses de vida do bebé, nas díades com transporte corporal, as mães apresentaram comportamentos mais contingentes e recíprocos (Anisfeld, et al., 1990). Num estudo com pais que usavam os dois tipos de transporte, verificou-se que os pais e os bebés vocalizam mais e com mais sincronia quando os bebés são transportados em marsupiais em oposição aos carrinhos (Mireault, Rainville, & Laughlin, 2018).

Em suma, os estudos não oferecem um corpo conclusivo de evidências se, por um lado, não bastará estar em contacto, por outro lado, o contacto parece beneficiar a relação. Uma prova indireta resulta dos estudos acerca eficácia das intervenções na promoção de relações seguras, que identificam que as intervenções centradas na proximidade física e no transporte corporal são eficazes em reduzir o distanciamento materno (e.g., Hunziker & Barr, 1986). Destas intervenções, o método Canguru com bebés prematuros tornou-se particularmente popular pelos ganhos identificados para a saúde, bem-estar do bebé e dos pais (Fuertes, et al., 2012; Tessier, et al., 1998).

Até ao momento presente, os estudos enunciados parecem indicar que o transporte corporal é preferencial ao transporte por meios auxiliares. Contudo, os estudos escasseiam e os resultados parecerem depender das singularidades do transporte corporal ou das especifici-

dades das amostras. Por exemplo, no estudo realizado por Ferber e colegas (2008), as amostras são oriundas de famílias com baixa condição socioeconômica e sujeitas a diversos fatores de risco, em que a escolha pelo transporte corporal não é uma opção, mas sim uma necessidade. *Será que os resultados se mantêm com famílias de classe média, com maior literacia e noutras culturas? E será que para compreender o papel da variável contacto temos que compreender o contexto relacional em que ocorre (se as relações são sensíveis, positivas, afetivas, recíprocas e contingentes)?*

Ora, um estudo realizado numa amostra nacional, verificou que a qualidade da sensibilidade materna e da cooperação infantil era superior em díades com bebés transportados por meios auxiliares (carrinhos) (Santa Bárbara, Fuertes & Carvalho, 2019). As autoras explicam os resultados pelas motivações das mães para o uso do transporte corporal (motivado por convicções, conveniência e preocupações parentais), parece sugerir que se trata de uma prática associada ao desejo de corresponder a um modelo atual de comportamentos maternos, socialmente valorizados e a uma representação “idealizada” de infância e de parentalidade (Fuertes et al., 2019; Fuertes, Faria, Fink, & Barbosa, 2011) e, não, tanto um desejo materno de estimular a proximidade e o afeto positivo com o bebé. Deste modo, a investigação deverá descrever detalhadamente os comportamentos interativos das mães que transportam os bebés junto ao corpo e não, apenas, comparar a valoração dos comportamentos das mães que optam por este meio de transporte e das mães que optam pelo transporte por carrinhos. Porventura, a análise quantitativa podia ser enriquecida por uma análise descritiva que nos permitisse compreender a natureza e idiossincrasia destas interações. Do mesmo modo, as respostas dos bebés transportados junto ao corpo e a qualidade diádica podem contribuir com pistas para a tentativa de traçar um mapa do comportamento materno e infantil neste grupo de mães, como prevê o modelo de investigação bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 1988).

Qualidade da interação mãe-filho(a)

Se existem diversos fatores a contribuir para a vinculação, alguns apresentam maior peso a explicar as diferenças na relação mãe-filho(a). Em todas as culturas estudadas, a sensibilidade materna ou paterna foi identificada como o maior fator explicativo da vinculação meta-analiticamente (De Wolf & van IJzendoorn, 1997, Lucassen et al., 2011). É neste sentido que o nosso estudo se debruça sobre a relação

com bebés (considerando a sensibilidade materna e cooperação infantil) transportados junto ao corpo das suas mães, seguindo o exemplo de práticas próprias da cultura africana e tanto quanto sabemos nunca antes estudado em Portugal.

Ainsworth e sua equipa (1978), iniciaram uma prolífera linha de investigação lançando-se a discussão sobre quais os fatores que contribuíam para a sensibilidade materna. Os resultados indicaram que sensibilidade materna é uma variável preditora do desenvolvimento, afetando a regulação fisiológica e emocional (e.g., Calkins & Hill, 2007; Moore et al., 2009), a agressão entre pares (Crockenberg, Leerkes, & Barrig Jo, 2008; Leerkes, Blankson, & O'Brien, 2009) e o desenvolvimento cognitivo, social e emocional (Bernier, Carlson, & Whipple, 2010; Leerkes et al., 2009; Tamis-LeMonda, Bornstein, Baumwell, & Damast, 1996). Estes resultados observam-se tanto em mães como em pais (e.g., Fernandes et al., 2017; Fuertes, Sousa, Nunes, & Lino, 2018).

Mais recentemente, diversos autores (e.g., Belsky, 1999; Crittenden, 1999) defendem que a sensibilidade materna deve ser concebida como um constructo diádico, reconhecendo a importância do comportamento de ambos os elementos da díade. Crittenden (1988) define a sensibilidade materna como qualquer padrão de resposta que contribui para o bem-estar do bebé, conforto ou para o seu envolvimento na relação. Além das dimensões propostas por Ainsworth e colegas (responder às necessidades da criança), nesta perspetiva da sensibilidade materna, Crittenden (2003) inclui a sincronia, reciprocidade, estabelecimento da relação e atividade lúdica como componentes da sensibilidade materna. A corroborar esta proposta, o estudo meta-analítico de De Wolff e van IJzendoorn (1997) apresenta a mutualidade e a reciprocidade como dimensões importantes da qualidade da interação mãe-filho(a). Neste sentido, Beeghly, Fuertes, Liu, Delonis, e Tronick, (2011) recorrem ao modelo de regulação mútua que prevê que os bebés e as suas mães formam um sistema diádico em que ambos *corregulam* as suas interações «dando e recebendo» afetos e aspetos comportamentais. O sucesso ou o fracasso da sua regulação mútua durante as interações sociais depende de quão clara e eficazmente cada parceiro é capaz de identificar o seu próprio significado e intenção, bem como de apreender e compreender o significado e intenção do seu interlocutor (Tronick, Barbosa, Fuertes, & Beeghly, 2019). A clareza de emissão e receção é a primeira etapa de um processo que requer que os dois parceiros sejam capazes a aceitar o contributo do outro e a devolver uma resposta positiva. Neste modelo, a chave das relações está na harmonização do contributo dos parceiros, evidente na sincronia e contingência dos comportamentos (Beeghly, et al., 2011). Deste modo, o conceito de *regulação emocional* é entendido como um constructo diádico em que bebé e adulto respondem aos comportamentos e emoções um do outro,

de forma a regular as interações momento-a-momento, mutuamente (Tronick, 2007; Beeghly, et al., 2011).

Na esteira da sensibilidade materna como um constructo diádico que inclui a resposta materna e infantil, bem como, a relação estabelecida (contingência, sincronia, e jogo) recorreremos ao Care-Index (Crittenden, 2003) para estudar a relação com bebés transportados junto ao corpo da mãe.

Presente Estudo. Sabendo que a forma como os bebés são transportados pelas suas mães pode afetar a regularidade, continuidade e sincronia das interações, temos como objetivo geral estudar a qualidade dos comportamentos interativos maternos e infantis, em díades em que as mães transportam as filhas ou filhos junto ao corpo e comparar as interações de muito boa/elevada qualidade (pontuadas com mais de 9 no Care-index) e as interações de baixa qualidade a interações de risco (pontuadas com 6 ou menos pontos). Como objetivos específicos, pretendemos: (i) estudar a qualidade diádica em díades cujos bebés são transportados junto ao corpo (numa escala de 1 a 14 pontos – 1 corresponde a interações de elevado risco para a criança e 14 interações positivas e recíprocas); (ii) destas interações, pretendemos selecionar e descrever os comportamentos interativos das díades com interações de muito boa/elevada qualidade (pontuadas com mais de 9 no Care-index) e as interações de baixa qualidade ou potencialmente em risco (pontuadas com 6 ou menos pontos), quanto: à qualidade da resposta facial, resposta vocal, afetividade, contingência, atividade lúdica e reciprocidade tanto nas mães como nos bebés.

Métodos

Participantes

Para concretizar os objetivos de estudo foi analisado o comportamento interativo de 26 díades mãe-filho(a) em jogo livre, dos quais 13 bebés eram do sexo masculino e 13 bebés eram do sexo feminino. A idade dos bebés compreendia-se entre os 6 e 36 meses, embora a generalidade apresenta-se entre 15 a 24 meses. Participaram 26 mães que transportavam os seus bebés preferencialmente junto ao seu corpo e na zona do peito (método *babywearing*). Todas as famílias eram de nacionalidade portuguesa, e identificavam-se como pertencentes à classe média a média-alta. Os dados foram recolhidos entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019. Das 26 mães em estudo, 24 encontravam-se a trabalhar (a tempo parcial ou inteiro).

Os dados demográficos que descrevem os bebês e as suas mães encontram-se na tabela 1.

	Transporte corporal			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Idade da criança (meses)	17.57	7.32	6	36
Idade do adulto (anos)	34.58	3.72	29	43
Apgar ao 1º minuto	8.89	1.27	4	10
Apgar ao 5º minuto	9.77	.87	6	10
Idade gestacional do bebê	39.31	.93	37	41
Peso do bebê à nascença em gramas	3175.92	402.84	2480	3920
Escolaridade da Mãe	16.12	1.71	12	18
Número de irmãos	.53	.78	0	2

Tabela 1. - Médias e Desvio Padrão dos dados do bebê e da família

As mães praticantes de transporte corporal indicaram que não o fizeram por necessidade financeira ou por questões de saúde, mas foi uma escolha essencialmente por motivações associadas a convicções, conveniência e preocupações parentais. Numa sociedade, em que a norma é transportar os bebês em carrinhos, especialmente fora de casa, as famílias fazem-no sobretudo por motivos de segurança, proteção e funcionalidade.

Instrumentos e Procedimentos

Aos participantes foram apresentados os objetivos e procedimentos do estudo e entregue um documento explicativo. Todas as mães participantes neste estudo, deram o seu consentimento informado para a sua participação. Neste documento garantiu-se a confidencialidade e a desistência sem qualquer prejuízo para as famílias em qualquer momento do estudo.

O levantamento de dados demográficos, clínicos e de desenvolvimento foi realizado através de fichas de anamnese dirigida aos pais. Depois desta recolha de dados pediu-se às mães que brincassem com os bebês espontaneamente, tal como faziam habitualmente. Com efeito, as díades foram filmadas em situação de jogo livre durante 5 minutos seguindo o protocolo proposto por Crittenden (2003). As filmagens

decorreram em espaços do quotidiano das famílias.

Os registos videográficos foram observados pelas autoras do estudo que, para avaliar a qualidade de interação mãe-filho(a), usaram a escala internacional Care-Index. Para o efeito, usaremos as pontuações globais da Sensibilidade Materna e da Cooperação Infantil para conhecer a qualidade geral da relação mãe-filho(a), tendo deste modo uma medida comparativa com estudos nacionais e internacionais.

Child-Adult Relationship Experimental (CARE-Index)

A escala Care-Index, desenvolvida por Patricia Crittenden (2003), avalia a sensibilidade, controlo e passividade materna bem como a cooperação, compulsão/submissão, dificuldade e passividade infantil. Cada uma destas escalas é pontuada tendo em conta o comportamento dos dois parceiros em termos de interação facial, vocal, posicionamento/toque, afetividade, contingência, reciprocidade e qualidade de jogo. Crittenden (1999) numa perspetiva diádica da sensibilidade materna, considera o comportamento em relação ao comportamento infantil e vice-versa. Por exemplo, a expressão facial da mãe pode pontuar como sensível, como controladora ou passiva. As escalas quantificam o padrão de resposta do adulto, repartindo entre elas, um total de 14 pontos. A escala inclui uma pontuação final da sensibilidade materna e cooperação infantil que indica a qualidade da relação observada durante a interação, medidas estas que serão usadas no nosso estudo.

A pontuação 14-12 corresponde a interações de excelente qualidade (momentos de genuína alegria, prazer na companhia no outro, sincronia). A pontuação 11-10 corresponde a interações adequadas mas com momentos de dissonância. A pontuação 9-7 corresponde a interações com problemas mas sem risco para a criança (momentos de controlo ou passividade materna mas com atenção ou atitude serena acompanhada de momentos de dificuldade, passividade ou compulsão infantil). A pontuação 6-5 corresponde a comportamentos infantis difíceis na sua relação com adultos passivos ou ambivalentes no seu comportamento combinando passividade e contingência (e.g. pouca expressão afetiva, diretivos no jogo com a criança e vice-versa). A pontuação igual ou inferior a 4 pontos, corresponde a interações de risco, punitivas ou sem participação dos pares.

Observa-se detalhadamente a sincronia e a reciprocidade diádica, o grau de participação e envolvimento dos dois parceiros, o ambiente de interação, a qualidade das respostas afetivas, vocais e faciais (e.g. contacto ocular, comunicação, proximidade), e a capacidade do adulto oferecer um jogo adequado para idade e desenvolvimento da criança. De acordo com as instruções do manual de avaliação da escala CARE-In-

dez, cada díade foi filmada durante cinco minutos. Antes da filmagem, foi pedido às mães para interagirem com as crianças espontaneamente e de forma natural, utilizando os brinquedos que desejassem e como normalmente faziam.

Acordo de cotadores

Cada cotador fez uma cotação independente, e o nível de acordo calculado a partir do coeficiente alfa de Cronbach foi superior a 80% para as duas escalas, as diferenças de pontuação foram resolvidas em conferência de cotadores.

Tratamento dos dados

Para selecionar as díades com elevada e baixa qualidade interativa, inicialmente, foi aplicada a escala Care-Index (Crittenden, 2003) aos 26 casos recolhidos. Assim, antes da análise descrita da qualidade interativa dos comportamentos maternos e infantis, os dados foram analisados com recurso a estatística inferencial usando a versão 26 do programa SPSS. Para optar por testes paramétricos ou não paramétricos, foi testada a normalidade da distribuição das variáveis. A estatística descritiva foi usada para calcular as médias e os respetivos desvios padrão dos dados demográficos. Posteriormente, identificadas as díades com interações de muito boa/elevada qualidade (pontuadas com mais de 9 no Care-index) e as interações de baixa qualidade a interações de risco (pontuadas com 6 ou menos pontos), os comportamentos maternos e infantis foram transcritos (em registos microanalíticos) e sintetizados nas seguintes categoria: qualidade da resposta facial, resposta vocal, afetividade, contingência, atividade lúdica e reciprocidade. Estas categorias estão na base da classificação da escala Care-Index e já foram previamente usadas no estabelecimento do comportamento materno e infantil mais frequente em díades portuguesas (Fuertes, Faria, Soares & Oliveira-Costa, 2010).

Resultados

Estudo da qualidade interativa em díades com transporte corporal

O primeiro objetivo deste estudo era estudar a qualidade interativa em díades com transporte corporal. Para o efeito, apresentamos as médias das pontuações da escala Care-Index (ver tabela 2). Os resulta-

dos indicaram que a sensibilidade materna e a cooperação infantil são, em média, os comportamentos mais frequentes. As mães apresentaram mais comportamento sensíveis do que controladores ou passivos. Os bebês apresentaram mais comportamentos cooperativos do que compulsivos, difíceis, ou passivos.

	Transporte corporal			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Sensibilidade Materna	8.76	2.52	5	13
Controlo Materno	2.84	2.54	0	8
Passividade Materna	2.40	2.40	0	8
Cooperação Infantil	8.30	2.51	4	13
Compulsão Infantil	1.48	2.66	0	8
Comportamento Difícil	2.00	2.86	0	10
Passividade Infantil	2.00	2.34	0	8

Tabela 2. - Médias, desvio padrão, mínimos e máximo nas escalas do Care-Index em bebês transportados junto ao corpo

Quando analisamos a frequência dos valores da qualidade diádica (calculada pela média do comportamento materno e a média do comportamento sensível em cada díade) verificamos que qualidade moderada é o estilo interativo mais prevalente nas crianças transportadas junto ao corpo – obtendo uma média de 7 a 9 pontos (consultar tabela 3). Com efeito, este estilo interativo corresponde a 40% da totalidade da amostra. Contudo, não se encontram, nesta amostra, interações de risco e o número de díades que apresenta uma interação de baixa qualidade é 6 em 26 (24%). Comparativamente, as interações de boa a elevada qualidade são 9 em 26 (36%).

Qualidade diádica	Pontuação	Frequência	Porcentagem
Elevada Qualidade	13-12	6	24%
Boa qualidade mas com momentos de dissonância	10-11	3	12%
Problemas de interação não acentuados ou persistentes	9-7	11	40%
Interações de baixa qualidade (com um comportamento materno marcado pela intrusividade/excessivo controlo ou pela passividade)	6-5	6	24%

Tabela 3. - Pontuação, frequência e percentagem das díades organizada em categorias de qualidade diádica.

Descrição das respostas faciais, vocais, afetivas, diretivas, lúdicas e recíprocas das mães e dos bebês em díades de elevada/boa qualidade diádica versus de baixa qualidade

Num segundo objetivo quisemos descrever as respostas: vocais, afetivas, diretivas, lúdicas e recíprocas em díades com transporte corporal comparando os comportamentos das díades com elevada/boa qualidade (tabela 4) e nas díades de baixa qualidade (tabela 5), tanto nas mães como nos bebês.

Nas díades de elevada qualidade, as interações são caracterizadas pela participação dos dois parceiros, pela reciprocidade, pela afetividade positiva, pela partilha de prazer e por comportamentos de adaptação ao outro e à interação (ver tabela 4). Os dois parceiros parecem alimentar o envolvimento diádico através de comportamentos positivos, cativantes e recíprocos.

	Resposta facial	Resposta vocal	Trocas afetivas	Diretividade	Atividade lúdica	Reciprocidade
Mãe	Contacto ocular frequente. Segue atentamente os comportamentos do bebê. Sorri. Variação e contingência nas respostas faciais. Atenção e respostas faciais empáticas.	Entoação positiva e contingente. Discurso adequado, com pausas, motivando sempre a criança. Reforço positivo frequente com expressões de incentivo ("Boa!") Tom de voz (nem muito alto ou baixo) adequado que respeita os turnos de comunicação.	Calorosas, afeto positivo (direto e/ou indireto principalmente através do sorriso), não intrusivas e contingentes.	Sugere trocas de jogo, no entanto mantém abertura às escolhas/ações da criança. Procura seguir os interesses da criança.	A dinâmica é positiva. Jogo, na maioria das vezes, adequado à idade da criança. Prazer partilhado. A mãe apoia a exploração da criança. Algumas mães incentivam as crianças na zona próxima de desenvolvimento.	A mãe mantém-se observadora e apoiante Incentiva frequentemente a criança. Espera pacientemente pela resposta da criança. Troca de turnos com sintonia Atmosfera positiva com interações prazerosas.
Criança	Contacto ocular frequente. Segue atentamente e guia-se pelos comportamentos da mãe Explora visualmente os brinquedos.	Vocalizações positivas, prolongadas e de prazer. Período de silêncio nos momentos de exploração. Satisfação em obter respostas positivas da mãe.	A criança demonstra descontração na relação afetiva. Aceita e procura as respostas afetivas da mãe.	Aceita com entusiasmo as sugestões da mãe. Mantém-se sempre interessada na atividade. Pede apoio da mãe em situações mais desafiantes ou difíceis.	A atividade é adequada e interessante para a criança que pede para o repetir. Envolve-se na atividade. Quando o jogo não era adequado, a criança procura cooperar com a mãe, transformando o jogo. Desempenho dentro do esperado para a idade.	A criança responde mantendo a troca de turno. A interação é positiva. A criança está recetiva às sugestões da mãe e mantém a atenção no jogo.

Tabela 4.

Contudo, sobretudo, nas díades de baixa qualidade verifica-se a falta de envolvimento e de participação evidente no jogo isolado ou em paralelo. Os dois parceiros parecem ter desistido da relação. Exceto, para duas díades em que as mães são sobretudo muito diretivas, intrusivas, ríspidas e insistentes em jogos acima das competências da criança que parecem tentar acompanhar sem êxito os pedidos que lhe são feitos (ver tabela 5).

Tabela 5.

	Resposta facial	Resposta vocal	Trocas afetivas	Diretividade	Atividade lúdica	Reciprocidade
Mãe	Raro contacto ocular. Pouca variação da expressão emocional ou expressão tensa. Raros sorrisos ou sorrisos pouco contingentes. Expressões faciais de tensão.	Algumas mães raramente vocalizam. Outras mães apresentam muitas vocalizações mas pouco contingentes e inconsistentes. Outras mães são diretivas, irritáveis ou punitivas. Na maioria dos casos, não respeitam os turnos de comunicação da criança.	Durante toda a interação não se registam trocas afetivas. Algumas mães são intrusivas, bruscas no contacto físico ou rispidas nas verbalizações. Pouco empáticas no contexto da interação.	Algumas mães demonstram diretividade, intrusividade e não oferecem espaço à participação da criança. Exemplo de discurso: "Vamos brincar! O que vamos fazer? Vamos fazer uma casa." Outras mães apresentam baixa participação. Comportamentos sem adaptação ao interesse da criança.	Material de jogo adequado, mas tarefa estabelecida pela mãe é demasiado exigente ou oferecem um jogo adequado à idade mas que não cativa/motiva a participação da criança. Sem ludicidade na interação.	Baixa ou ausência de reciprocidade e troca de turnos com sintonia. Não se observa situações de prazer partilhado.
Criança	Pouco contacto ocular com a mãe. Criança pouco expressiva e os sorrisos são raros ou parecem desadequados com a situação (rápidos ou nervosos).	Poucas vocalizações da criança ou dirigidas principalmente para os brinquedos. Não se observa, na maioria dos casos, resposta às tentativas de comunicação da mãe.	Criança mantém-se neutra durante toda a interação. Nalguns casos coloca-se de costas para a mãe ou foge ao contacto, centrando-se no brinquedo/jogo.	A criança foca-se no jogo. Evita a mãe e não segue as suas sugestões de jogo, ignorando-a.	Criança interessada no jogo individual. Jogo marcado pelo distanciamento e distração frequente.	Sem reciprocidade. A criança brinca sozinha ou não adere às sugestões do adulto. Algumas crianças não demonstram iniciativa. Seguem o adulto, alternando períodos de interesse com momentos de inquietude ou distração.

Discussão dos Resultados

O presente estudo procurou comparar, numa situação de jogo livre, o comportamento interativo das mães que transportam os seus bebés junto ao corpo (zona do peito) em díades com elevada e baixa qualidade interativa. Em suma, pretendia-se descrever o melhor e o pior da interação entre mães-bebés nas díades com transporte corporal, em termos da qualidade interativa das mães e dos bebés quanto à resposta facial, resposta vocal, afetividade, contingência, atividade lúdica e reciprocidade.

Em primeiro lugar, quando observamos a qualidade de interação mãe-bebé, verificamos que mais mães apresentam uma relação de elevada/muito boa relação do que relações de baixa qualidade. Em nenhuma díade, se observa uma interação de risco marcada por comportamentos abusivos, negligentes ou maltratantes. A maioria das díades apresenta uma interação de boa qualidade mas com momentos de baixa qualidade (não persistentes ou intensos). Contudo, a média da sensibilidade materna é de 8.76 situa-se um pouco abaixo da média portuguesa aferida em 2009 de 9.16 (Fuertes et al., 2010). Muito embora, os valores sejam muito próximos das amostras nacionais, sendo esta uma amostra maioritariamente composta por famílias de classe média alta e com mães de elevada escolaridade, seria de esperar valores superiores de sensibilidade materna enquanto a amostra da população portuguesa era estratificada em nível socioeconómico e educativo. Igualmente, os bebés transportados junto ao corpo das mães apresentam menor frequência e intensidade de comportamentos cooperativos quando comparados com a média nacional. Ressalva-se que estes resultados podem ser fortemente afetados pela dimensão da amostra, e merecem futura investigação. Na verdade, o estudo nacional incluiu mais do que uma centena de casos (estratificados de acordo

com a população portuguesa) e a presente era somente composta por 26 casos.

Com base em parte desta amostra, noutro estudo, Santa Bárbara e colegas (2019) já haviam verificado que as mães que transportavam os bebés junto ao corpo apresentavam índices inferiores de sensibilidade materna quando comparadas com as outras mães que utilizavam outros meios auxiliares de transporte. Os resultados surpreenderam na medida em que era plausível, à luz dos estudos prévios, que a proximidade física pudesse favorecer a relação materna. Com efeito, num estudo com mães oriundas de famílias socioeconomicamente desfavorecidas verificou-se uma prevalência superior de vinculação segura em bebés transportados corporalmente (Anisfeld, et al., 1990). Não obstante, a nossa amostra tinha um elevado nível de literacia considerando os níveis educacionais da população portuguesa. Importava descrever o comportamento interativo materno e infantil, para compreender melhor estas diferenças, como realizamos no presente estudo.

Nas díades de elevada qualidade, a interação é caracterizada pela participação, reciprocidade, afetividade positiva, partilha de prazer e envolvimento. Nas díades de elevada qualidade (9 em 26), as mães e os bebés tenderam a manter o contacto ocular, a atenção, trocando sorrisos e verbalizações positivas enquanto se envolvem no jogo partilhado, recíproco e estimulante da participação da criança. Contudo, nas díades de baixa qualidade interativa verifica-se, sobretudo, a falta de envolvimento e de participação evidente no jogo isolado ou paralelo. Comparativamente a outros estudos nacionais (Fuertes et al., 2010), nesta amostra observam-se menos comportamentos abusivos, intrusivos ou negligentes. Tal seria de esperar, dado que se trata de um grupo de classe média com elevada literacia materna. Contudo, 6 em 26 díades tinham baixa qualidade interativa, o que indica que o mero transporte junto ao corpo por si só não é garante de uma relação afetiva positiva e recíproca.

Em suma, os nossos resultados corroboram a hipótese, já anteriormente aduzida por Tronick (1995), de que a proximidade física tem de resultar de interações envolventes e prazerosas e não meramente como forma de transporte. Por outro lado, os aspetos culturais podem ter um peso importante que ainda importa explorar. Sameroff e Fiese (2000) postularam que a qualidade interativa diádica decorre de fatores individuais, interacionais e sociais - como membros de uma comunidade com as suas redes sociais, normas, valores e atitudes próprias - e é influenciada pelos seus diferentes contextos e as suas inter-relações. No caso da vinculação, está bem documentado que a cultura afeta a qualidade da vinculação mãe-filho(a) (revisão em Faria, Fuertes & Lopes dos Santos, 2014; van IJendoorn, & Sagi-Schwartz, 2008). Ora, o contributo sociocultural (numa abordagem socioecológica) da

vinculação poderá ajudar a compreender a incoerência de resultados na investigação sobre o papel do contacto e transporte corporal na relação mãe-bebé. Com efeito, o uso deste transporte é culturalmente distinto de outros países. Por exemplo, em Angola, como em outros países de continente africano, as mães transportam as suas crianças às costas por funcionalidade mas também e sobretudo, por herança cultural e por uma visão particular da maternidade. Ora, com este tipo de transporte a mãe encontra-se numa situação em que, responder contingentemente às necessidades da criança é, não só mais fácil, mas imperativo, uma vez que a criança já faz parte do seu espaço relacional físico/afetivo, “perto da vista, perto do coração” (expressão popular Angolana).

Com base nos nossos resultados e na esteira da investigação anterior, sugerimos que as intervenções na vinculação se devam centrar na interação em ambos os parceiros: promovendo a sensibilidade das mães e dos pais, a comunicação com a criança e a interação recíproca entre eles (Fuertes 2011; Fuertes & Luis, 2014; Fuertes & Santos, 2015). Igualmente, o papel da mãe e do pai devem ser reforçados (Fuertes, Faria, Lopes dos Santos, & Beeghly, 2016).

Contributos, limitações do estudo e Perspetivas futuras

O presente estudo apresenta limitações próprias dos trabalhos experimentais, como por exemplo, o comportamento dos participantes pode ser influenciado pelo efeito da filmagem. Não obstante e, apesar do reduzido número de participantes, que impede a generalização dos resultados, julgamos ter adicionado elementos importantes para a compreensão da relação entre mães e bebés.

Nas díades de baixa qualidade, os pares pareciam ter desistido da interação e do seu parceiro. Futuramente, procuraremos aumentar a dimensão da amostra e estudar os fatores pessoais, familiares e sociais que contribuem para a qualidade dos comportamentos maternos e infantis. Por outro lado, é nossa intenção analisar as interações com transporte corporal de modo distinto, diferenciando o transporte junto ao peito que permite a interação face a face e o transporte às costas.

Referências

Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment- A psychological study of the Strange Situation*. New Jersey, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.

Anisfeld, E., Casper, V., Nozyce, M., & Cunningham, N. (1990). Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment. *Child Development*, *61*, 1617-1627. doi:10.1111/j.1467-8624.1990.tb02888.x

Beeghly, M., Fuertes, M., Liu, C., Delonis, M., & Tronick, E. (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* (pp. 45-69). Hauppauge, NY: Nova science publishers.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, *55*, 83-96.

Belsky, J. (1999). Modern evolutionary theory and patterns of attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 141-161). New York, NY, US: Guilford Press.

Belsky, J., Steinberg, L. & Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Development*, *62*, 647-670.

Belsky, J. & Stratton, P. (2002) 'An ecological analysis of the etiology of child maltreatment', in K. Browne, H. Hanks, P. Stratton and C. Hamilton (eds.) *Early Prediction and Prevention of Child Abuse: A Handbook* (pp. 95-110). Chichester: Wiley.

Bernier, A., Carlson, S. M., & Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, *81*, 326-339. doi10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x

Blois, M. (2005). *Babywearing: The Benefits and Beauty of This Ancient Tradition*. US, Texas: Praeclarus.

Bjorklund, D. F., Younger, J. L., & Pellegrini, A. D. (2002). *The evolution of parenting and evolutionary approaches to childrearing*. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Biology and ecology of parenting* (p. 3–30). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss* (Vol. I). London: Penguin Book.

Bradley, R. H. (1995). *Environment and parenting*. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting*, vol. 2. (pp. 235-262). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives, *Developmental Psychology*, 22 (6).

Bronfenbrenner, U. & Morris, P.A. (1998). *The ecology of developmental process*. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human developmental*. (Vol. 1, pp. 939-991). New York: John Wiley.

Calkins, S. D., & Hill, A. (2007). *Caregiver influences on emerging emotion regulation*. In J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 229-248). New York, NY, US: Guilford Press.

Carvalho, O. (2011). *De Pequeno se Torce o Destino – O Valor da Intervenção Precoce*. Porto: Livpsic.

Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3-22). New York, NY, US: Guilford Press.

Crittenden, P. M. (1988). Relationships at risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.) *The clinical implications of attachment*. Hillsdale, NJ, US.: Lawrence Erlbaum.

Crittenden, P. M. (1999). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. In J. I. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among at developmental risk. Monographs of the society for research in child development*, 258, 64,145-171.

Crittenden, P. M. (2000). A dynamic-maturational exploration of the meaning of security and adaptation: Empirical, cultural, and theoretical considerations. In P. M. Crittenden & A. H. Claussen (eds). *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context* (pp. 358-384). New York, NY, US: Cambridge University Press.

Crittenden, P. M. (2003). *CARE-Index Manual* (não publicado). Miami: IASA.

Crockenberg, S. C., Leerkes, E. M., & Barrig Jo, P. S. (2008). Predicting aggressive behavior in the third year from infant reactivity and regulation as moderated by maternal behavior. *Development and Psychopathology*, 20, 37-54. doi:10.1017/S0954579408000023

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. doi: 10.2307/1132107.

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. doi: 10.14417/ap.698

Ferber, S. G., Feldman, R., & Makhoul, I. R. (2008). The development of maternal touch across the first year of life. *Early Human Development*, 84(6), 363-370. doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.09.01

Fernandes, I., Fuertes, M., Ferreira, A., Barroso, I., Branco, M., Ladeiras, A., Pinto, F., Sousa, T., Veloso, C., Brandes, H., & Sousa, O. (2017). Estudo comparativo acerca do comportamento e comunicação materna e paterna em atividade conjunta com os seus filhos de idade pré-escolar. *Análise Psicológica*, 36(3), 295–310. doi:10.14417/ap.1240.

Fuertes, M. (2011). *Intervenção Precoce: em que perspectiva?* In T. Vasconcelos, Conselho Nacional das crianças dos 0 aos 3 anos, (pp. 117-120). Lisboa: CNE.

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. *Jour-*

Fuertes, A. Faria, A., Soares, H., & Oliveira-Costa, A. (2010). Momentos de interação em que as emoções apre(e)ndem: estudo exploratório sobre a prestação materna e infantil em jogo livre. *Psicologia USP, 21*, 4, 833-857. ISSN 0103-6564

Fuertes, M., Justo, M., Barbosa, M., Leopoldo, L., Lopes, J., Gomes Pedro, J. & Sparrow, J. (2012). Infants prematurely born: Socio-emotional Development and Early Intervention. Diogo Contreiras and Johann Sampaio (Eds.). In *Preterm Infants: Development, Prognosis and Potential Complications* (pp. 100-125). NY: Nova Science Publishers, Inc.

Fuertes, M., Sousa, O., Nunes, C. & Lino, D. (2018). How different are parents and educators? A comparative study about the interactive differences between parents and educators in a collaborative adult-child activity. *PLoS One, 13*(11): e0205991. doi.org/10.1371/journal.pone.0205991.

Fuertes, M. & Luís, H. (2014). Vinculação, práticas educativas na primeira infância e intervenção precoce. *Revista Interações, 30*, 10, 1-7.

Fuertes, M. & Santos, M. (2015). *Parenting and Attachment in Portuguese Families*. In G. Nicolas, A. Bejarano, & D. L. Lee. *Contemporary Parenting: A Global Perspective* (pp. 156-171). London, UK: Routledge Press.

Herrera, E., Reissland, N. & Shepherd, J. (2004). Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the post-natal period. *Journal of affective disorders, 81* (1), 29-39. doi: 10.1016/j.jad.2003.07.001

Hunziker, U. A., & Barr, R. G. (1986). Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics, 77*, 641-648.

Isabella, R. A. & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment. *Child Development, 62*, 373-384

Keller, H. (1998). Diferentes caminhos de socialização até a adolescência. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 8*, 1-14. doi: 10.7322/jhgd.38572

Leerkes, E. M., Blankson, A. N., & O'Brien, M. (2009). Differential effects of maternal sensitivity to infant distress and nondistress on social-emotional functioning. *Child Development, 80*, 762-775. doi: 10.1111/j.

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*, 986–992. doi: 10.1037/a0025855.

Mireault, G. C., Rainville, B. S., & Laughlin, B. (2018). Push or Carry? Pragmatic Opportunities for Language Development in Strollers vs. Backpacks. *Infancy, 23*(4):616-624, doi: 10.1111/infa.12238

Moore, G. A., Hill-Soderlund, A. L., Propper, C. B., Calkins, S. D., Mills-Koonce, W. R., & Cox, M. J. (2009). Mother-infant vagal regulation in the Face-to-Face Still-Face paradigm is moderated by maternal sensitivity. *Child Development, 80*, 209-223. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01255.x

Santa Bárbara, C., Fuertes, M., & Carvalho, O. (2019). Relação mãe-filho(a) em bebês transportados junto ao peito e em bebês transportados em carrinhos. *Psicologia, 33*(1), 55-64.

Sameroff, A. & Fiese, B. (2000). Transactional regulation and early intervention. In J.P. Shankoff, & S. J. Meisels (Eds). *Handbook as early childhood intervention* (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.

Simpson, J. A. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 115-140). New York, NY, US: Guilford Press.

Smith, C. (1997). *Developing parenting programmes*. London: National Children's Bureau.

Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., Baumwell, L., & Damast, A. M. (1996). Sensitivity in parenting interactions across the first two years: Influences on children's language and play. *Early Development and Parenting, 5*, 173-183

Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., Giron, M., Calume, Z., Ruiz-Palaez, J., Charpak, Y., & Charpak, N. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics, 102*(2), 17. doi: 10.1542/peds.102.2.e17

Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 330-348). New York, NY, US: Guilford Press.

Tronick, E. Z. (1995). Touch in mother–infant interaction. In T. M. Field (Ed.), *Touch in early development* (pp. 53-65). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Tronick, E. Z. (2007). The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. New York, NY, US: Norton.

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). New York, NY, US: Guilford Press

QUALIDADE DA VINCULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO RESIDENCIAL

Débora Marques

debora.marques@scml.pt

Escola Superior de Educação de Lisboa

Sandrina Esteves

sandrina.esteves@iseclisboa.pt

Instituto Superior de Educação e Ciências de Lisboa (ISEC Lisboa)

Marina Fuertes

marinaf@eselx.ipl.pt

Escola Superior de Educação de Lisboa

e Centro de Psicologia da Universidade do Porto

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.118>

Resumo

A investigação indica que as crianças e jovens em acolhimento residencial apresentam predominantemente um padrão de vinculação insegura. Sabendo que a vinculação insegura está associada a problemas de internalização e externalização de emoções, problemas de regulação emocional, dificuldades na relação com os pares, entre outros problemas, esta alteração socioemocional pode afetar o desenvolvimento e bem-estar da criança em acolhimento. Neste sentido, pretendeu-se investigar a qualidade da vinculação e o desenvolvimento de crianças em acolhimento residencial. Para o efeito, foi aplicada a escala Schedule of Growing Skills II, para avaliar o desenvolvimento da criança, e o Preschool Attachment Assessment (PAA), para estudar a representação da vinculação. Participaram, nesta investigação exploratória, seis crianças de idades compreendidas entre os três e os seis anos. As crianças

em estudo tinham, em comum, histórias de negligência parental, sendo que três delas viveram situações de exposição à violência doméstica. Todas as crianças apresentaram uma representação da vinculação insegura-evitante e três das crianças referidas apresentavam ligeiros atrasos de desenvolvimento face à idade cronológica. A descrição das narrativas das crianças revelou uma elevada incidência de comportamentos de evitamento, ausência de base segura, elementos de desconforto, bem como fuga ao acesso das representações da vinculação. Esta investigação exploratória corrobora os dados nacionais e internacionais, que indicam que as crianças em acolhimento residencial se encontram em risco de atraso de desenvolvimento e manifestação de uma vinculação insegura. Deste modo, os profissionais de educação apoiam estas crianças através do desenvolvimento de práticas centradas no conceito de base segura.

Palavras-Chave: Vinculação, Desenvolvimento, Acolhimento, Intervenção Precoce

Introdução

O presente estudo dedica-se à análise da vinculação e do desenvolvimento em crianças em acolhimento. Deste modo, importa compreender que o acolhimento residencial corresponde à colocação da criança ou jovem aos cuidados e proteção de uma entidade que dispõe de instalações, equipamento, recursos humanos adequados e recursos humanos permanentes, com vista à satisfação das suas necessidades físicas e psíquicas, emocionais e sociais (Decreto-lei nº 147/1999 de 5 de Julho, art. 49º, 1999). As modalidades de integração no acolhimento residencial distinguem-se entre a integração planeada e a integração urgente, sendo esta última para situações de emergência (art.º 51, D.R. 147/1999). As casas de acolhimento obedecem a modelos de intervenção socioeducativos adequados às crianças acolhidas, sendo organizadas por unidades especializadas, nomeadamente para situações de emergência, para problemáticas específicas e necessidades de intervenção educativa e terapêutica.

Importa sublinhar que no que respeita aos contactos entre a criança e os seus pais/ representante legal, estes podem visitar a criança ou o jovem, salvo decisão judicial em contrário (art.º 3, D.L. 147/1999).

Entre as causas mais frequentes do acolhimento está a negligência, presente em 71% dos casos, seguida de ausência temporária de suporte familiar, comportamentos desviantes, abandono, entre outros

(13%), mau trato psicológico (9%), mau trato físico (4%) e, por fim, abuso sexual (3%) (Relatório CASA, 2018).

Os motivos relacionados com a negligência prendem-se com os cuidados de educação geradores de abandono/absentismo escolar (cerca 32%); a exposição a modelos parentais desviantes, onde o adulto é o responsável pelos padrões de condutas desviantes ou antissociais (30.4%) da criança; e a negligência em termos de cuidados de saúde, aquando de doença física e/ou psiquiátrica da criança (29%).

No que respeita ao mau trato psicológico, inclui-se a exposição a situações de violência doméstica (7.8%), a rejeição ativa da criança ou jovem (4.2%) e o exercício abusivo da autoridade (3.8%).

Relativamente ao mau trato físico, entendido como qualquer ofensa física infligida à criança ou jovem através do recurso a força física, de forma intencional, não acidental, a ponto de provocar dano físico, deixando ou não marcas evidentes, o relatório referido indica uma percentagem de 5.2%.

Em termos do abuso sexual, a maioria decorre da exposição - verbal ou física - a linguagem ou comportamento de cariz sexual (2.8%), seguindo-se o aliciamento sexual (1.6%) e a violação (1.5%).

A perturbação e o elevado risco para o desenvolvimento e saúde mental da criança decorrente destas experiências traumatizantes, fragilizantes e diminuentes requer investigação com vista à compreensão destes fenómenos e à promoção de práticas preventivas e reabilitação.

Qualidade da vinculação

Bowlby (1998) definiu a vinculação como um sistema inato de comportamentos de procura de proximidade, do bebé aos seus cuidadores, com o intuito de obter a proteção, cuidados e afeto. Complementar ao sistema de exploração, o sistema de vinculação é ativado em situações de perigo, efetivo e/ou potencial, resultando em diferentes comportamentos de procura, sinalização do perigo e proximidade às figuras protetoras.

No primeiro ano de vida, os bebés desenvolvem uma relação privilegiada com pelo menos um cuidador (Bowlby, 1969). Em situações de risco e perigo, a criança ativa comportamentos de procura de proximidade com o objetivo de obter cuidados, proteção e conforto (Ainsworth, 1967). Neste contexto, os cuidados parentais nos primeiros anos de vida da criança afetam a saúde mental e a trajetória de desenvolvimento (Bowlby, 1951), perdurando no espaço e tempo (Bowlby, 1969; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) descreveram diferenças na qualidade de vinculação das crianças a partir da observação do comportamento da criança, nos episódios de separação e de reunião do paradigma experimental Situação Estranha:

- *Crianças inseguras-evitantes* - crianças que revelam um comportamento de evitamento perante a figura de vinculação – tendem a não expressar desconforto na sua ausência e não a procuram no regresso, sendo muitas vezes mais amigáveis com figura estranha;

- *Crianças seguras* - crianças que revelam segurança na proximidade da figura de vinculação, reagindo com ligeira ansiedade na sua ausência e revelando algum conforto na sua presença, o que implica uma maior ativação para a exploração do contexto, reagindo a algum desconforto na presença da figura estranha;

- *Crianças inseguras - ambivalentes/resistentes* - crianças que revelam ambivalência na proximidade com a figura de vinculação, emitindo, em simultâneo, comportamentos de procura de proximidade e contacto físico e resistência a esse mesmo contacto. A procura ativa da figura de vinculação inibe a exploração do contexto. Estas crianças reagem com grande perturbação à separação da mãe e à presença da figura estranha.

Main e Solomon (1990), analisando esses vídeos, definiram o padrão de vinculação desorganizada/desorientada, crianças desorganizadas/desorientadas, tratando-se de crianças que reagem de forma contraditória, com movimentos assimétricos, estereotípias, expressões de apreensão e desorganização.

Vinculação com múltiplos cuidadores

A partir dos seis/sete meses, a criança conseguirá discriminar a figura de vinculação principal e as figuras secundárias. No desenrolar do desenvolvimento do bebé, torna-se cada vez mais ativa a procura de proximidade com figuras preferenciais, estabelecendo-se o que se denomina por relação de vinculação. Considerando o sistema comportamental da vinculação, este possui como objetivo a condução da criança para situações seguras, construindo a sua própria segurança interna, à medida que o desenvolvimento cognitivo e emocional vai diminuindo a necessidade da proximidade física (Bowlby, 1998; Sroufe & Waters, 1977).

A criança irá formalizar várias figuras de vinculação consoante uma hierarquia, em função dos cuidados prestados e características precedentes (Holmes, 1995), sendo que existirá uma figura de vinculação

preferencial.

Colin e Cassidy (1996; Cassidy, 1999) referiram alguns fatores que poderiam contribuir para a organização de hierarquias no comportamento de vinculação:

- A quantidade de tempo durante o qual a criança é alvo dos cuidados de uma determinada figura;
- A qualidade dos cuidados prestados;
- A carga emocional investida na criança;
- O tipo de pistas de orientação e adaptação social fornecidas;
- A repetição dos encontros com a mesma figura.

A figura principal de vinculação funciona como base segura, tendo em conta que permite a diminuição do medo ou ansiedade na criança. Ao proporcionar a segurança necessária para a referida exploração, existe uma regulação mútua entre o bebé e a figura de vinculação que lhe irá permitir o desenvolvimento de representações mentais que, conseqüentemente, irão moldar o padrão relacional futuramente, influenciando a organização dos afetos, cognições e comportamentos (Vaughn, et al., 2007; Bowlby, 1998; Sroufe, 2005).

Vinculação em crianças vítimas de mau trato

Bowlby (1969) propõe, no terceiro volume da sua trilogia *Attachment and Loss*, que o trauma e o mau trato vividos em idade precoce são transformados em modelos de representação interna das interações sociais e de representação do próprio sujeito (Fuertes, 2011). Com efeito, as experiências da infância são internalizadas em mapas internos que permitem à criança fazer previsões e preparar uma resposta para lidar com os seus prestadores de cuidados. As crianças seguras possuem como previsão que basta sinalizar a sua aflição perante uma situação de *perigo* para obter cuidados, proteção e conforto. Por sua vez, crianças inseguras podem ter de exacerbar emoções para obter respostas ou diminuir a expressão da sua aflição. O sucesso ou fracasso da criança na obtenção de respostas do seu prestador de cuidados é internalizado, contribuindo para o sentido de eficácia social e valorização pessoal da criança. A inconsistência da resposta do adulto ou a persistente violação do papel de proteção (como o abuso ou negligência) dificultam o estabelecimento de uma previsão, confiança e organização de respostas de vinculação.

Na verdade, os dados empíricos suportam estas propostas. De acordo com estudos desenvolvidos com mães adolescentes, famílias monoparentais, famílias desestruturadas e disfuncionais, e famílias que

infligiam maus tratos, verificou-se que existia uma preponderância de crianças classificadas como inseguras (Soares, 2009). Os referidos investigadores verificaram que, se fosse removido da amostra o grupo de famílias disfuncionais, e o grupo que infligia maus tratos, os resultados variavam de forma significativa, verificando-se um equilíbrio entre a vinculação segura e a insegura, como verificado em populações consideradas normativas (Soares, 2009).

Com efeito, um robusto corpo de conhecimento associa a vinculação insegura e desorganizada. Estudos meta-analíticos sobre a vinculação e o mau trato infantil revelam uma associação entre as experiências de mau trato e o padrão de vinculação desorganizado (Baer & Martinez, 2006; Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2010). Após a introdução do tipo de vinculação desorganizado na classificação do procedimento da situação estranha (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Main & Solomon, 1990) variados estudos têm demonstrado uma relação entre o mau trato e a vinculação desorganizada. Na verdade, Carlson, Cicchetti, Barnett e Braunwald (1989) avaliaram a qualidade da vinculação, na situação estranha em 22 crianças sujeitas a mau trato e 21 crianças no grupo de controlo, tendo verificado que a maioria (81.8%) das crianças sujeitas a mau trato foram classificadas como desorganizadas, enquanto no grupo de controlo somente 19.1% possuíam o padrão de vinculação desorganizado. Com uma ampla amostra, Cicchetti e colegas (2006) identificaram uma percentagem ligeiramente superior (aproximadamente 88%) do tipo desorganizado da vinculação.

Estes resultados tendem a perdurar ao longo do ciclo de vida. Num investigação desenvolvida por Egeland e Sroufe (1981) verificou-se que a qualidade de vinculação demonstrada numa primeira avaliação (12 meses) evoluiu pouco aquando reavaliação aos 18 meses (indicando uma relativa estabilidade). Outro estudo, com crianças em idade pré-escolar (aproximadamente quatro anos), indicou uma percentagem significativamente mais elevada do padrão de vinculação desorganizado no grupo sujeito a mau trato comparativamente ao grupo não sujeito (Stronach, Rogosch, Toth & Oshri, 2011). Com base no Family Drawings, Shiakou (2012) descobriu que os desenhos das crianças gregas, sujeitas a mau trato, com idades compreendidas entre os 5 e os 11 anos de idade, incluíam mais itens ligados a uma vinculação insegura, não especificamente o padrão desorganizado, comparativamente às crianças não sujeitas a mau trato. Esta questão mantém-se em aberto, quando o estudo longitudinal de Cicchetti e Barnett (1991) indicou que a associação entre os tipos de vinculação evitante/resistente (A/C) e desorganizada/desorientada (D) e o mau trato verificada aos 12 e 18 meses não se mantinha aos 36 e 48 meses.

Vinculação e crianças em acolhimento residencial

As crianças em acolhimento residencial, cujo motivo de acolhimento tenha sido qualquer forma de mau trato, evidenciam uma tendência depressiva, comparativamente a crianças criadas em meio natural e que não tenham sido vítimas de mau trato (Marques, 2006). As crianças em acolhimento residencial tendem a manifestar comportamentos agressivos, sendo a violência um meio frequente de comunicação das suas necessidades e da regulação de emoções (Biscaia & Negrão, 1999; Taylor, 2004).

Vários estudos indicam o elevado risco no estabelecimento da vinculação de crianças vítimas de abuso, mau trato ou negligência, em acolhimento residencial. Por exemplo, no estudo realizado por Zeanah, Smyke, Koga e Carlson (2005), as crianças romenas integradas em instituições desenvolviam uma perturbação reativa da vinculação, prevalecendo padrões de vinculação disfuncionais com cuidadores. Adicionalmente, podem apresentar relações de amizade não discriminadas entre adultos próximos e entre relacionamentos ocasionais (Chisholm, Carter, Ames & Morison, 1995).

Vorria e colegas (2003) verificaram que 66% das crianças em acolhimento residencial demonstraram um padrão de vinculação desorganizado face aos seus cuidadores no acolhimento, comparativamente com 25% do grupo de controlo (crianças em contexto típico). Igualmente, Quiroga, Hamilton-Giachritsis e Fanés (2016) desenvolveram um estudo que contou com a colaboração de 77 crianças provenientes do acolhimento residencial, de famílias de acolhimento e em famílias biológicas, indicando que as crianças em acolhimento residencial e famílias de acolhimento apresentam percentagens mais elevadas do padrão de vinculação inseguro ou desorganizado, comparativamente às crianças que residiam com os pais biológicos. Muris e Maas (2004), do mesmo modo, verificaram índices superiores de vinculação inseguro em crianças em acolhimento.

Em casas de acolhimento no Japão e na Ucrânia constatou-se que crianças em acolhimento demonstravam percentagens mais baixas de vinculação segura, e elevadas percentagens de padrão desorganizado, comparativamente às crianças inseridas no seio familiar (Bakermans-Kranenburg, Fearon, Groh, Roisman & Van Ijzendoorn, 2012; Katsurada, 2007).

Para além destes estudos desenvolvidos em vários contextos e países, uma meta-análise, que inclui dez estudos e 399 participantes em acolhimento, indicou que 18% dos participantes apresentavam um padrão de vinculação seguro; 28% com padrão de vinculação inseguro;

e 54% com padrão de vinculação desorganizado ou sem classificação (Lionetti, Pastore & Barone, 2015).

Em contexto nacional, os dados de Marques (2006) corroboraram os resultados da investigação internacional, ao verificar que as crianças em acolhimento residencial possuem uma maior prevalência do padrão de vinculação inseguro, comparativamente a crianças integradas em meio natural de vida. Marques (2006) concluiu que a maioria das crianças integradas em acolhimento se encontravam adaptadas à casa de acolhimento, mantendo relações positivas com técnicos e crianças. Muito embora um terço das crianças não mantivessem estas boas relações e nem sequer identificassem os adultos como figuras de referência.

Estes resultados correspondem às previsões da teoria da vinculação proposta por Bowlby, que postulava que as separações prolongadas relativamente à figura materna levariam as crianças a sentir abandono e rejeição (Bowlby, 1981; 1984). As crianças colocadas em idade precoce, em acolhimento residencial, com uma história de vida caracterizada pela interrupção de cuidados, e alternância de figuras de referência, encontram-se expostas a um elevado risco de desenvolvimento de padrões de vinculação inseguros e de problemas de comportamento (internalizante e externalizante).

Métodos

Nesta pesquisa exploratória pretende-se estudar e relacionar a vinculação, as condições de sinalização para o acolhimento residencial e o seu desenvolvimento global, em crianças vítimas de negligência parental.

Participantes

O presente estudo decorreu em duas casas de acolhimento e incluiu seis crianças (dois meninos; quatro meninas) com idades compreendidas entre os 40 e os 72 meses ($M=48.8$; $DP=11.5$). Destas, três nasceram com menos de 37 semanas de gestação (prematuros).

Selecionamos crianças com idades compreendidas entre os três e seis anos, em condição de acolhimento e sem problemas assinaláveis de desenvolvimento ou incapacidade (tabela 1).

Tabela 1. - Identificação e desenvolvimento dos participantes

Criança	Idade cronológica (em meses)	Idade gestacional (em semanas)	Amamentação	Enurese noturna	Medicação	Terapias	Fratrías			Duração do acolhimento (em meses)
							N.	G.	I.	
M.	41	Termo; NP	S	Fralda	Avamys e Montelucaсте	N	1	F	6	22
L.	40	Prematuro (<37)	N	Fralda	N	N	1	F	6	36
C.	55	Termo; NP	SC	N	Antibiótico a 5/6 - IR	N	1	M	7	9
N.	72	Prematuro (31; PCR)	SC	S	N	Psicoterapia (1vz)	2	M	15;12	40
K.	41	Prematuro (37)	N	Fralda	N	N	-	-	-	39
S.	44	Termo	N	Fralda	Flixotalde; antibiótico em Junho (amigdalite)	N	1	M	8	30

Legenda: S - Sim; N - Não; SC - Sem Conhecimento; I.R. - Infecção Respiratória; J.I - Jardim de Infância; NP - Não planeada; N. - Número; G - Género; I. - Idade

Todas as crianças participantes foram vítimas de negligência parental, das quais quatro foram expostas a violência doméstica (ver tabela 2). Na história de vida dos pais, a dependência alcoólica e de substâncias psicoativas obteve a frequência mais elevada, seguida da prostituição, problemas de conduta, ligeiro défice cognitivo e, por fim, problemas de saúde.

Na tabela 2 encontram-se igualmente descritos os dados biográficos dos participantes, do desenvolvimento, seguido do acolhimento residencial e constituição familiar, respetivamente.

Todos os participantes em estudo frequentavam o jardim de infância.

Tabela 2. - Acolhimento e constituição familiar dos participantes

Criança	Acolhimento Residencial		Motivo Acolhimento	Projeto de Vida	Progenitores				Historial doenças	
	Data Sinalização	Data Acolhimento			Idade		Habilitações		Mãe	Pai
					Mãe	Pai	Mãe	Pai		
M.	17/04/2017	15/10/2017	Negligência, instabilidade ocupação laboral, averiguação officiosa paternidade	Reunificação familiar	23	SC	6º ano	SC	Asma; quistos ovários; Depressão; hérnias	SC
L.	04/05/2016	25/08/2016	Negligência severa- insuficiência respiratória; exposição violência doméstica;	Pessoa idónea	25	40	6º ano	9º ano	Dependência alcoólica e substâncias psicoativas;	Dependência alcoólicas;
C.		12/12/2018	Prevenção abusos físicos em fratria; exposição violência doméstica	Reunificação familiar	24	27	12º ano	9º ano	N	N
N.	10/01/2016	21/04/2016	Negligência global	Adoção	42	49	5º ano	12º ano	Défice cognitivo ligeiro	N
K.	9/03/2016	3/05/2016	Negligência, incapacidade parental; Sem morada física associada; inexistência de rede social de suporte; averiguação officiosa paternidade	Reunificação familiar	25	SC	7º ano	SC	Problemas de conduta (agressividade com passagens ao ato)	SC
S.	8/11/2015	8/02/2017	Negligência global; exposição a episódios de violência doméstica	Adoção	39	28	6º ano	10º ano	Práticas de prostituição	Dependência de substância psicoativas; detido a 5/3/2016 (1 ano e meio)

Legenda: F - Faleceu; SC - Sem conhecimento; N - Não

Procedimento

Para a realização deste estudo foram explicados os objetivos e pedido o consentimento informado dos pais/responsáveis da criança. De igual modo, foi solicitado às crianças o seu assentimento, baseado num

documento explicativo dos objetivos, adequado à sua faixa etária, através de desenhos e imagens.

A partir da obtenção dos termos referidos acima, procedeu-se à administração do questionário de informação demográfica dos participantes perante a equipa técnica e cuidadores - Anamnese. Seguidamente, decorreu a avaliação de desenvolvimento mental dos participantes em estudo, através da aplicação da *Schedule of Growing Skills II*, conforme as instruções do manual (Bellman, Lingam & Aukett, 1996). De modo a ser avaliada a vinculação dos participantes, foram aplicadas histórias adaptadas da Avaliação da Vinculação em idade pré-escolar, traduzido de *Preschool Attachment Assessment*, doravante designado por PAA (Crittenden, 1992). A partir da aplicação das histórias do PAA foi possível adaptar tabelas de observação/cotação das filmagens. A avaliação do desenvolvimento mental e a aplicação de histórias decorreram no interior das casas de acolhimento - salas de ruído e estímulos diminuídos, ou quartos das crianças, conforme opção das mesmas - maioritariamente no período da manhã. Na aplicação das histórias do PAA recorreu-se à filmagem dos participantes, pelo período de sensivelmente 20 minutos. Na aplicação das histórias do PAA colocou-se à disposição dos participantes determinados objetos, desde brinquedos macios - peluches e bonecos(as), brinquedos de dureza - blocos, e brinquedos com ligeira estimulação cognitiva, cujo objetivo se prende com a observação da expressividade da criança perante o objeto.

No que concerne à aplicação do instrumento PAA, utilizaram-se como recurso três histórias (Anexo A) iniciadas pelo entrevistador, sendo terminadas pela criança. Ao longo de cada uma das histórias, a criança é confrontada com um problema central que tem de solucionar, suscetível de ativar representações associadas à vinculação.

Partindo da aplicação do PAA, procedeu-se à descrição do comportamento e discurso da criança sob a forma de descrições narrativas. Para o registo das narrativas recorreu-se às seguintes categorias: comunicação da criança (registo de todas as verbalizações da criança), comunicação do adulto (questões colocadas no decorrer da leitura das narrativas), comportamento da criança (comportamentos físicos verificados na criança) e observações (o que se constata da comunicação e comportamentos físicos da criança).

Resultados

Desenvolvimento de crianças em acolhimento residencial

Conforme podemos observar na tabela 3, contrastando a idade cro-

nológica e a idade de desenvolvimento, três crianças apresentam ligeiros atrasos de desenvolvimento. Adicionalmente, analisámos as áreas fortes e fracas do desenvolvimento de cada criança. Esta análise não indica um perfil de desenvolvimento associado às crianças em estudo. Na verdade, os domínios mais fortes e de maior dificuldade variam consideravelmente de criança para criança. Surpreendentemente, a área forte mais frequente é a da compreensão, presente em todas as crianças, à exceção da criança C. A segunda área forte mais frequente é a autonomia, assinalada em três crianças. As áreas fortes em número são mais do que as áreas fracas e não se encontram graves comprometimentos do desenvolvimento, mas perfis de desenvolvimento de ligeiro a moderado atraso de desenvolvimento. Importa sublinhar que as três meninas em estudo revelaram padrões desenvolvimentais mais elevados do que o dos meninos.

	I. C. (em meses)	I. D. (em meses)	QD	Áreas fortes	Áreas fracas	Áreas intermédias
M.	41	36	87.8	Audição e linguagem, autonomia pessoal	Locomotoras, fala e linguagem, interação social e cognitiva	Manipulativas e visuais
L.	40	36	90	Visuais, audição e linguagem	Manipulativas, cognitivas autonomia pessoal e locomotoras	Fala e linguagem, interação social
C.	55	58	100	Interação social e autonomia	Visuais	Locomotoras, manipulativas, audição e linguagem, fala e linguagem e cognitivas
N.	72	72	100	Locomotoras, manipulativas, visuais, fala e linguagem, interação social, autonomia pessoal Autonomia pessoal, visuais, audição e linguagem e		Audição e linguagem, cognitivas
K.	41	100	100	visuais, audição e linguagem e locomotoras	Fala e linguagem	Cognitivas e interação social
S.	44	81.8	81.8	Locomotoras, visuais, audição e linguagem e autonomia pessoal	Manipulativas	Fala e linguagem e interação social

Tabela 3. - Avaliação Growing Skills II

Comportamentos, discurso e qualidade da vinculação de crianças em acolhimento residencial

A aplicação das histórias da vinculação e análise das narrativas dos participantes permitiram classificar a vinculação das seis crianças em estudo como vinculação insegura- evitante. A avaliação das narrativas

dos participantes permitiu identificar um discurso evitante em todos os participantes, a maioria dos participantes apresentou ainda um discurso sem foco aparente que tinha uma função de fuga à resposta, só dois participantes sinalizaram o adulto (mãe ou cuidadora) como fonte de ajuda em caso de necessidade, e nenhuma criança teve um discurso assente na base segura da vinculação. Concomitantemente, todas as crianças apresentaram, adicionalmente, comportamentos não-verbais de evitamento físico e de contacto ocular, agitação física e sinais de desconforto físico. No quadro 4 consta a síntese dos comportamentos verbais e não-verbais, observados em cada participante, perante cada história.

Participante	História do joelho	História do copo entornado	História do porquinho
C.	Comportamentos verbais	Discurso evitante Identifica figura materna Identifica figuras de proteção Recurso a base segura	Identifica a figura materna Identifica figuras de proteção secundárias Discurso evitante Sem recurso a base segura
	Comportamentos não verbais	Evitamento ocular Sinais de desconforto físico Agitação física	Agitação física Sinais de desconforto Evitamento ocular Auto-regulação e agressividade - objeto
M.	Comportamentos verbais	Discurso evitante e sem foco aparente - repetição Sem referência a figuras de proteção	Referência a figura materna Sem recurso a base segura Discurso evitante e sem foco aparente - repetição Sem recurso a base segura Sem referência a figuras de proteção
	Comportamentos não verbais	Evitamento ocular e físico Agitação física Sinais de desconforto físico	Evitamento ocular e físico Agitação física Sinais de desconforto físico Recurso de objeto
L.	Comportamentos verbais	Referência a figura materna Discurso sem foco aparente Ajuda presente	Discurso incoerente e sem foco aparente Referência a figura paterna Existência de figura de proteção
	Comportamentos não verbais	Evitamento ocular e físico Auto-regulação com objeto	Evitamento ocular Auto-regulação - sucção e objeto Auto-regulação - sucção Evitamento ocular Sinais de desconforto físico
S.	Comportamentos verbais	Discurso evitante e não cooperativo - cessar a história Sem referência a figura de proteção	Discurso evitante e sem foco aparente Sem ajuda presente Sem referência a figura de proteção
	Comportamentos não verbais	Agitação física Evitamento físico e ocular	Evitamento ocular e físico Agitação física Auto-regulação - objeto Discurso evitante e sem foco aparente
N.	Comportamentos verbais	Sem ajuda presente Discurso evitante e sem foco aparente Sem referência a figuras de proteção	Identificação de figura de proteção Referência a figura materna Ajuda presente
	Comportamentos não verbais	Evitamento ocular e físico Sinais de desconforto físico Agressividade perante objeto	Evitamento ocular Sinais de desconforto físico Auto-regulação - objeto Evitamento físico
K.	Comportamentos verbais	Sem ajuda presente Discurso evitante e sem foco aparente Sem referência a figuras de proteção	Sem figuras de proteção Discurso evitante Sem ajuda presente Sem identificação de figuras de proteção
	Comportamentos não verbais	Evitamento físico e ocular Sinais de ansiedade Auto-regulação e agressividade - objeto	Evitamento ocular e físico Auto-regulação e agressividade - objeto Auto-regulação - objeto

Tabela 4. - Síntese dos comportamentos verbais e não verbais da criança descritos através das narrativas da avaliação PAA

Relação entre o desenvolvimento, vinculação e dados da criança, família e acolhimento

Cruzando os elementos da análise da vinculação com os dados dos participantes, e a avaliação do desenvolvimento, verificamos que existem elementos comuns nas histórias de vida e no comportamento das crianças durante a avaliação PAA. Por exemplo, dois participantes demonstraram um comportamento comum de agitação física no decorrer das narrativas, possuindo em comum a medicação regular (medicação utilizada para função respiratória) e a idade de desenvolvimento abaixo do expectável.

Na narrativa do *joelho magoado*, cujos objetivos se prendem com a identificação e recurso às figuras de vinculação e a descrição do tipo de representação interna da estratégia de vinculação da criança (e.g. recebe socorro), somente dois sinalizaram a figura materna, com ajuda presente, participantes esses que possuem em comum o fator de *exposição à violência doméstica* (dois de três participantes). Igualmente, três dos seis participantes demonstraram um comportamento orientado para a autorregulação através do recurso ao objeto, sendo que os referidos participantes possuem em comum maior período em acolhimento residencial (maior ou igual a 36 meses) e a prematuridade.

Importa sublinhar um aspeto partilhado por todos os participantes, na narrativa do copo entornado, a presença de sinais de evitamento, resistência ou segurança no comportamento, discurso e elaboração da criança, constou do recurso de objeto (à exceção de uma criança). A manipulação dos objetos pela criança, observada durante a prova, parecia ter funções de autocontrolo, redirecção do foco da ação para o objeto (evitamento) e distanciamento da ação. Este indicador poderá sinalizar que a participação nas histórias foi vivida com desconforto e perturbação. Porventura, estes sinais de rejeição e evitamento do outro podem estar associados ao motivo do acolhimento – *a negligência*.

Compreensivelmente, mas perturbador, três crianças que presenciaram violência familiar fazem referência à figura materna como uma figura punitiva. Outro elemento, desconcertante, é o facto de uma criança negar a existência da mãe.

O desenvolvimento pode trazer novas oportunidades de externalização de emoções. Dois participantes dirigiram a agressão para um objeto, ambos possuindo idade de desenvolvimento superior ao expectável.

A proximidade ou afastamento dos pais pode ser mais um indicador a considerar quando analisados os resultados da vinculação dos participantes K. e S., dado que, no decorrer das narrativas, não evidenciaram

qualquer figura de proteção, tendo sido verificado que se encontram há mais de 30 meses em acolhimento. Percutando as suas histórias de vida, o participante K. (entrada aos dois meses de idade em acolhimento residencial) obteve visitas regulares da mãe (que rejeitou o participante) somente com intuito de assegurar cuidados de higiene. O participante S. (entrada aos 14 meses em A. R.) não possuía visitas há mais de 12 meses.

Discussão resultados

A presente investigação pretendia estudar a qualidade da vinculação de crianças em acolhimento residencial, considerando a sua história de vida e índice de desenvolvimento. Para o efeito, avaliamos o desenvolvimento e a vinculação em seis crianças com idades compreendidas entre os três e os seis anos de idade, em acolhimento residencial por motivos de negligência parental, dos quais três foram expostos à violência doméstica.

Os resultados indicam que todas as crianças apresentam uma representação da vinculação inseguro-evitante. A pesquisa anterior identificou que as crianças em acolhimento residencial possuem uma elevada prevalência de vinculação insegura. Com efeito, Baer e Martinez (2006) realizaram uma meta-análise com 25 artigos sobre o efeito do mau trato na vinculação insegura confirmando este resultado. Mais recentemente, Lionetti e colaboradores (2015) realizaram uma meta-análise com dez estudos da vinculação, onde concluíram que os participantes institucionalizados estariam num maior risco de desenvolvimento de um padrão de vinculação inseguro ou desorganizado. Contudo, é difícil indicar o que destes resultados resulta da institucionalização ou da experiência de abuso e mau trato anterior. Com efeito, uma robusta linha de investigação indica que as crianças vítimas de abuso físico tendem a apresentar uma vinculação insegura-evitante (Carlson et al., 1989; Cicchetti et al., 2006; Crittenden, 2005), mas, contrariamente aos nossos resultados, os participantes sujeitos a condições de negligência tinham uma vinculação insegura ambivalente-resistente (Cyr et al., 2010).

O nosso estudo adiciona à investigação anterior a descrição dos comportamentos verbais e não-verbais associados à vinculação, indicando que a maioria das crianças recorreu a um objeto (para regulação do seu comportamento), demonstrou evitamento ocular, discurso evitante e sem acesso a uma base segura. Estes elementos corroboram a avaliação da vinculação realizada, mas sinalizam igualmente o desconforto e a perturbação da criança em termos do acesso às represen-

tações da vinculação.

Adicionalmente, os nossos dados indicaram que o nível de desenvolvimento cognitivo dos participantes se situou abaixo dos valores normativos. Muito embora a nossa amostra seja constituída por apenas seis participantes, verificamos que as crianças em estudo apresentam índices de Desenvolvimento Global inferior à média das crianças a viver em contexto familiar, corroborando resultados de diversas investigações (Vorria, Rutter, M, Pickles, Wolkind & Hobsbaum, 1998). Por exemplo, no estudo randomizado Projecto de Intervenção Precoce de Bucareste (Nelson, Zeanah, Fox, Marshall, Smyke & Guthrie, 2007), constatou-se que crianças que permaneciam no acolhimento residencial demonstravam um índice de desenvolvimento cognitivo inferior ao das crianças colocadas em famílias de acolhimento. Contudo, importa sublinhar que a qualidade deste acolhimento residencial era muito baixa.

No entanto, mesmo em instituições com boa qualidade, as crianças institucionalizadas apresentam um desenvolvimento cognitivo significativamente inferior às crianças que vivem com as suas famílias (O'Connor, 2000; Provence & Lipton, 1962; Tizard & Joseph, 1970).

Em Portugal, estes dados foram corroborados na pesquisa de Pereira, Soares, Dias, Silva, Marques e Baptista (2010). Com efeito, os autores verificaram que o nível de desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças estudadas foi inferior aos valores normativos.

Por fim, corroborando a teoria da vinculação proposta por Bowlby (1988), os nossos dados indicam que fatores como a causa do acolhimento, a história de vida da criança (e.g., exposição a violência familiar) e dos seus pais (e.g., alcoolismo), o afastamento ou rejeição dos pais podem ter contribuído para a organização das representações internas de insegurança destas crianças. Com efeito, em vários estudos a vinculação de alto risco pode ser explicada pelo consumo de substâncias psicoativas no seio familiar (e.g., Frazão, Pereira, Amaro & Teles, 2001; Lowenstein, Gourarier, Coppel, Lebeau & Hefez, 1998; Marcelino, 1991; Morel, Hervé & Fontaine, 1998; Pimenta, 1997; Pires & Ferreira, 2001), pela incapacidade (física e psicológica) da mãe e doença mental (Frazão et al., 2001; Lowenstein et al., 1998; Marcelino, 1991; Morel et al., 1998; Pimenta, 1997; Pires Ferreira, 2001; Sá, 2004).

Os efeitos, contudo, não se circunscrevem à primeira infância. A investigação demonstra que o acolhimento institucional e a exposição precoce a experiências adversas se encontram associados a perturbações na vinculação ao longo da vida (Teixeira, 2012). Segundo Same-roff e Fiese (1990), nenhum problema se encontra exclusivamente na criança ou nos seus contextos de vida, mas decorre de um conjunto de transições de risco. Por outro lado, um conjunto de transições positivas permitem à criança escapar ao risco de desenvolvimento e saúde

mental.

Contributos para a prática com crianças em acolhimento

O acolhimento residencial de crianças e jovens pretende promover melhorias ao nível emocional, comportamental e social das pessoas acolhidas, ou seja, o acolhimento deve tentar estimular a reparação emocional dos maus-tratos e abusos a que foram infligidos as crianças e jovens (Matos et al., 2015). Nesse sentido, os profissionais devem investir numa estimulação do reforço afetivo, com respostas consistentes e protetoras que ajudem a criança a representar formas de relacionamento seguro (Fuertes, 2012; Fuertes et al. 2010). O jogo e a participação da criança em atividades que envolvem reciprocidade e colaboração proporcionam uma arena na qual a criança pode aprender a participação em interações sociais (Fuertes, Sousa, Nunes & Lino, 2018; Barroso et al., 2017). Igualmente, a forma de comunicação gentil, motivadora, reforçada e sintonizada com os estados emocionais convidará a criança a comunicar as suas emoções (Alves, Fuertes & Sousa, 2015; Fuertes et al., 2017). Em determinadas casas de acolhimento residencial, o número de cuidadores é insuficiente, pela sua rotatividade e pela carência de formação especializada (Mota & Matos, 2010), o que pode comprometer os objetivos do acolhimento residencial.

A monitorização das experiências de vinculação destas crianças deve ser uma prioridade, com a alocação de cada criança a um cuidador de referência, que responda às necessidades afetivas, emocionais e pessoais em momentos de aflição, solidão, e em momentos críticos (e.g., aniversários, visitas), dado que a existência de um cuidador de referência parece estar associada a melhores resultados no domínio socioemocional (Machado, 2010). Com efeito, a ação dos cuidadores deverá possuir o objetivo de promover a estabilidade do caregiving e promover a relação entre a criança e os cuidadores (Groark, Muhamrahimov, Palmov, Nikiforova, & McCall, 2005; Orphanage Research Team, 2008).

Consequentemente, sugere-se que nas casas de acolhimento, a criança encontre profissionais formados e empenhados em proporcionar a experiência de base segura à criança quando se sente ameaçada ou com medo (Holden, 2009). Um cuidador sensível pode, mesmo num ambiente institucional, fazer a diferença, reduzindo comportamentos de vinculação perturbados (Oliveira et al., 2015).

O investimento na formação dos profissionais tem obtido bons resultados na melhoria do desenvolvimento socioemocional (comporta-

mento social positivo, qualidade de jogo e autorregulação), linguagem e cognição da criança, bem como na melhoria da prestação dos cuidadores, e na relação entre ambos (e.g., Groark et al., 2005; Orphanage Research Team, 2008).

Limitações do estudo

A principal limitação do estudo decorre do reduzido número de participantes. Contudo, optou-se por uma análise descritiva das entrevistas da vinculação baseada na descrição das narrativas dos participantes (incluindo comportamentos verbais e não verbais) e na detalhada anamnese. Deste modo, afastando-se qualquer possibilidade de generalização dos resultados, apresenta-se este estudo como uma investigação exploratória que permitiu descrever os discursos das crianças participantes e levantar o debate sobre a negligência parental e os seus efeitos. Acreditamos que este trabalho pode contribuir para levantar questões para futuras pesquisas que integrem um maior número de participantes e aprofundem os nossos objetivos de pesquisa.

Referências

Ainsworth, M. D. (1967). *Infancy in Uganda: infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Oxford: Lawrence Erlbaum.

Alves, M. J., Fuertes, M. & Sousa, O. (2015). Comportamentos interativos mãe-filho(a) e pai-filho(a) aos 15 meses de vida. Estudo exploratório. In S. Pereira, M. Rodrigues, A. Almeida, C. Pires, C. Tomás & C. Pereira (Eds.), *Atas do II Encontro de Mestrados de Educação* (pp. 19-27). Lisboa: Centro Interdisciplinar de Estudos Educacionais.

Baer, J. & Martinez, C. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 187-197. doi: 10.1080/02646830600821231

Bakermans-Kranenburg, M. J., Fearon, R., Groh, A., Roisman, G. & Van Ijzendoorn, M. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Development*, 83(2), 591-610. doi: 10.1111/j.1467-8624.2011.01711.x

Barroso, I., Ferreira, A., Fernandes, I., Branco, M., Ladeiras, A., Pinto, F., ... Fuertes, M. (2017). Estudo sobre as diferenças interativas e comunicativas das educadoras e das mães com crianças em idade pré-escolar. *Da Investigação às Práticas*, 7(1), 41-62. doi.org/10.25757/invep.v7i1.117

Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skills II*. Windsor: NFER-Nelson.

Biscaia, J. & Negrão, F. (1999). As crianças e os maus-tratos. *Sonhar Comunicar/Repensar a Diferença*, 6, 281-290.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Bowlby, J. (1984). *Apego e perda. Separação: angústia e raiva*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1998). *A secure base – Clinical applications of attachment theory*. Londres: Routledge.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531. doi. 10.1037%2F0012-1649.25.4.525

Cassidy, J. (1999). The nature of the child's tie. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 3-20). New York: The Guildford Press.

Cicchetti, D. & Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and psychopathology*, 3(4), 397-411.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A. & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Developmental Psychopathology*, 18(3), 623-649. Doi: 10.1017/S0954579400005009

Chisholm, K., Carter, M. C., Ames, E. W. & Morison, S. J. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Developmental Psychopathology*, 7, 283-294. doi: 10.1017/s0954579406060329.

Crittenden, P. M. (1985). Maltreated infants: vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), pp. 23-34.

Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M. & Van IJzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108. doi: 10.1017/S0954579409990289.

Colin, V. (1996). Human Attachment. Philadelphia: Temple University Press.

Decreto-lei nº 147/1999 de 1 de Setembro do Ministério Público. Diário da República: I-A série, No 204 (1999). Disponível em www.dre.pt

Egeland, B. & Sroufe, L. A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child Development*, 52(1), 44-52.

Frazão, C., Pereira, M., Amaro, F. & Teles, L. (2001). *A Mulher Toxicodependente: e o planeamento familiar, a gravidez e a maternidade*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Fuertes, M. (2011). A outra face da investigação: histórias de vida e práticas de intervenção precoce. *Da Investigação às Práticas*, 1(1), 89-109. doi: 10.25757/invep.v1i1.56

Fuertes, M. (2012). Vários olhares sobre as diferenças na vinculação e contributos para a intervenção precoce. *Revista Da Investigação às práticas*, 2, 33-50. doi: 10.25757/invep.v6i2.102

Fuertes, A., Faria, A., Soares, H. & Oliveira-Costa, A. (2010). Momentos de interação em que as emoções apre(e)ndem: estudo exploratório sobre a prestação materna e infantil em jogo livre. *Psicologia USP*, 21(4), 833-857.

Fuertes, M. Castro, S., Faria, A., Alves, M., Osório, T. & Sousa, O. (2017). Interação e comunicação dos pais com crianças de 15 meses. *Psicologia USP*, 28 (3), 346-357. doi.org/10.1590/0103-656420160154.

Fuertes, M., Sousa, O., Nunes, C. & Lino, D. (2018). How different are parents and educators? A comparative study about the interactive differences between parents and educators in a collaborative adult-child activity. *PLoS One*, 13(11), 1-15. doi.org/10.1371/journal.pone.0205991.

Groark, C., Muhamedrahimov, R., Palmov, O. I., Nikiforova, N. V. & McCall, R. (2005). Improvements in early care in Russian orphanages and their relationship to observed behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 26(2), 96-109.

Holden, M. (2009). *Children and Residential Experiences: creating conditions for change*. Washington: The Child Welfare League of America.

Holmes, J. (1995). Something there is that doesn't love a wall: John Bowlby, attachment theory and psychoanalysis. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr. *Attachment theory: social development and clinical perspectives* (19-43). London: Cambridge Press.

Katsurada, E. (2007). Attachment representation of institutionalized children in Japan. *School Psychology International*, 28(3), 331-345.

Lionetti, F., Pastore, M. & Barone, L. (2015). Attachment in institutionalized children: a review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 42, 135-145. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.02.013

Lowenstein, W., Gourarier, L., Coppel, A., Lebeau, B. & Hefez, S. (1998). *A Metadona e os tratamentos de substituição*. Lisboa: Climepsi.

Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Marcelino, M. (1991). Toxicodependência e Gravidez. XI Colectânea de Textos das Taipas, 153-156.

Marques, R. T. (2006). *Crianças acolhidas em lar residencial: Representações de vinculação, desenvolvimento, competências sociais e comportamento* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da

Educação, Lisboa). Consultada em <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/29886>

Matos, B., Aguiar, C., Martins, C., Gama, I., Pires, L., Dias, J., Costa, J. & Queirós, S. (2015). *Acolhimento Terapêutico: pistas de intervenção para profissionais*. Lisboa: Casa Pia.

Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao Toxicodpendente*. Lisboa: Climepsi.

Mota, C. P. & Matos, P. M. (2010). Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrolo. *Análise Psicológica*, 2, 245-254.

Muris, P. & Maas, A. (2004). Strengths and Difficulties as Correlates of Attachment Style in Institutionalized and Non-Institutionalized Children with Below-Average Intellectual Abilities. *Child Psychiatry and Human Development*, 34 (4), 317–328. doi: 10.1126/science.1143921.

Nelson, C., Zeanah, C.H., Fox, N.A., Marshall, P.J., Smyke, A.T. & Guthrie, D. (2007). Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children: the Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318(5858), 1937-1940.

O'Connor, T. G., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L., Kreppner, J. & The English and Romanian Adoptees Study Team. (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. *Child Development*, 71(2), 376-390. doi: 10.1126/science.1143921.

Oliveira, P., Fearon, R. & Belsky, J. (2015). Quality of institutional care and early childhood development. *International Journal of Behavioral Development*, 39(2), 161-170.

Orphanage Research Team. (2008). The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society of Children Development*, 73(3). doi: 10.1111/j.1540-5834.2008.00483.x

Pimenta, M. (1997). A toxicodpendência na mulher. In L. Patrício (Ed.), *Face à Droga: Como (Re)agir?*. Lisboa: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodpendência (SPTT).

Pires, A. (2001). *Crianças (e pais) em Risco*. Lisboa: ISPA.

Pereira, M., Soares, I., Dias, P., Silva, J., Marques, S. & Baptista, J. (2010). Desenvolvimento, psicopatologia e apego: estudo Exploratório com Crianças Institucionalizadas e suas Cuidadoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 222-231.

Provence, S. & Lipton, R. (1962). *Infants in institutions*. New York: International Universities Press.

Quiroga, M. G., Hamilton-Giachritsis, C. & Fanés M. I. (2016). Attachment representations and socio-emotional difficulties in alternative care: a comparison between residential, foster and family-based children in Chile. *Child Abuse & Neglect*, 70, 180-189. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.05.021.

Sá, E. (2004). *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de Século.

Sameroff, A. & Fiese, B. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shiakou, M. (2012). Representations of attachment patterns in the family drawing of maltreated and non-maltreated children. *Child Abuse Review*, 21, 203-218. doi: 10.1002/car.1184

Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios.

Sroufe, A. & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child development*, 48, 1184-1199.

Sroufe, A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment e Human Development*, 7, 349-367. DOI: 10.1080/14616730500365928

Stronach, E. P., Rogosch, F., Toth, S. L. & Oshri, A. (2011). Child maltreatment, attachment security, and internal representations of mother and mother-child relationships. *Child Maltreatment*, 16(2), 137-145. doi: 10.1080/14616730500365928

Taylor, C. (2004). Justiça para crianças integradas no sistema de proteção. *Infância e Juventude*, 1, 55-77.

Teixeira, E. (2012). *Comportamentos perturbados de vinculação em crianças em acolhimento institucional: Contribuição das características da*

criança e dos cuidados. (Dissertação de Mestrado, Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade do Minho). Consultada em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24237/1/Elisabete%20Diana%20Fernandes%20Teixeira.pdf>

Tizard, B. & Joseph, A. (1970). Cognitive development of young children in residential care: a study of children aged 24 months. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *11*, 117-186.

Vaughn, B. E., Coppola, G., Verissimo, M., Monteiro, L., Santos, A. J. & Posada, G. (2007). The quality of maternal secure-base scripts predicts children's secure-base behavior at home in three sociocultural groups. *International Journal of Behavioral Development*, *31*, 65-76. Doi: 10.1177/0165025407073574

Vaughn, B. E., Coppola, G., Verissimo, M., Monteiro, L., Santos, A. J., Posada, G., Carbonell, O. A., Plata, S. J., Waters, H. S., Bost, K. K., McBride, B., Shin, N. & Korth, B. (2007). The quality of maternal secure-base scripts predicts children's secure-base behavior at home in three sociocultural groups. *International Journal of Behavioral Development*, *31*(1), 65-76. Doi: 10.1177/0165025407073574

Vorria, P., Rutter, M., Pickles, A., Wolkind, S. & Hobsbaum, A. (1998). A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families. *Journal of Child Psychology*, *39*(2), 225-236.

Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., IJzendoorn, M., Steele, H., Kontopoulou, A. & Sarafidou, Y. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(8), 1208-1220. doi: 10.1111/1469-7610.00202.

Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., Carlson, E. & The Bucharest Early Intervention Project Core Group. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, *76*, 1015-1028.

MODELOS PEDAGÓGICOS DOS EDUCADORES NA INTERAÇÃO E NA COMUNICAÇÃO COM AS CRIANÇAS DURANTE TAREFA COOPERATIVA

Joana Clérigo

jclerigo@gmail.com

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação/CIED

Otilia Sousa

otilias@eselx.ipl.pt

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação/CIED

e UIDEF, Instituto de Educação, Universidade de Lisboa.

Dalila Lino

dlino@eselx.ipl.pt

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação/CIED

Marina Fuertes

marina@eselx.ipl.pt

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação/CIED

e Centro de Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.119>

Resumo

Os modelos pedagógicos guiam a atuação do educador (designado pedagogo no Brasil) ao perspetivar o papel da criança, do adulto, dos processos e dos contextos na aprendizagem. Neste estudo, pretende-se estudar a qualidade interativa (em termos de empatia, atenção, reciprocidade, cooperação, elaboração/fantasia e desafio proposto) e o estilo comunicativo (quanto à valorização, interrogação e orientação da

atividade) em educadores com afiliações pedagógicas distintas. Para o efeito, participaram neste estudo 16 educadoras que se consideram afiliadas ao modelo High Scope (HS), 21 educadoras ao Movimento da Escola Moderna (MEM – movimento português inspirado na pedagogia Freinet) e 20 educadoras sem afiliação expressa a um modelo pedagógico (SMP). As educadoras realizaram, em colaboração com uma criança, um produto com materiais e ferramentas disponibilizados durante 20 minutos. As educadoras que se consideram afiliadas a modelos reagiram de forma mais adequada e com maior prontidão às observações e às emoções da criança do que as educadoras sem modelo preferencial. Em termos comunicativos, o grupo de educadoras MEM apresenta, em comparação com os outros dois grupos, mais perguntas de processo, sugestões, indicações e elogios. As perguntas de conteúdo e críticas são mais frequentes no grupo SMP. Em suma, os nossos resultados indicam que o modelo pedagógico do educador pode contribuir para a forma como interage com a criança.

Palavras chave: educação pré-escolar; interação educador-criança; comunicação verbal; modelos pedagógicos.

Introdução

A investigação tem indicado que a educação de infância tem um efeito positivo na promoção do desenvolvimento e do sucesso escolar futuro da criança (Barnett, 2008; Magnuson, Meyers, Ruhm, Waldfogel, 2004; Dickinson, 2001; OECD, 2006). Um estudo meta-analítico sobre os efeitos da educação de infância aponta benefícios na vida académica, na integração social e no bem-estar dos indivíduos - a curto e a longo prazo (Barnett, 2008). Não obstante, o estudo verifica que, apenas, os programas e contextos de muito boa ou excelente de qualidade apresentam estes benefícios. Vários estudos longitudinais como o *Perry Preschool Project* revelam que, nesses contextos de elevada qualidade, o impacto dos projetos educativos é duradouro até à vida adulta dos sujeitos ao nível: da educação, do emprego, do salário, do casamento, dos comportamentos saudáveis, e da educação de participação em atos ilícitos ou crime (Heckman, Moon, Pinto, Savelyev & Yavitz, 2010). Não obstante, a variável socioeconómica surge frequentemente como mediadora destes resultados (e.g., Apps, Mendolia & Walker, 2012). Assim, em termos cognitivos, os ganhos das crianças oriundas de meios mais desfavorecidos são superiores aos obtidos em crianças oriundas de meios mais favorecidos.

Considerando a importância da educação de infância, em Portugal, verificou-se um grande esforço para tornar a educação de infância universal (atingindo atualmente 90.1% das crianças portuguesas). Havendo diretrizes nacionais quanto às competências a desenvolver (Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar), cada jardim de infância e cada educador possui autonomia pedagógica, adotando o modelo pedagógico com o qual mais se identifica.

Modelos curriculares de educação de infância

O modelo curricular, segundo Oliveira-Formosinho (2003, p.7), “situa-se ao nível do processo de ensino-aprendizagem” tendo em conta as várias dimensões pedagógicas relacionadas com o tempo, o espaço, os materiais, as interações (adulto-criança, criança-criança e adulto-adulto), a planificação, a organização, as atividades, e avaliação, e, ainda o envolvimento da família e da comunidade.

A crescente preocupação dos modelos contemporâneos com a criança e o seu desenvolvimento promoveu o aumento da reflexão acerca das diferentes teorias do desenvolvimento e dos objetivos dos programas de educação. Se os modelos behavioristas destacaram os *resultados*, já os programas construtivistas valorizaram a *experiência*, os *processos* e os *contextos* subjacentes à aprendizagem e ao desenvolvimento. Estes modelos do desenvolvimento contribuíram para a construção de modelos pedagógicos, também eles guiados por uma visão do papel da criança e do adulto no processo de ensino-aprendizagem.

Colocando a criança como o centro da ação pedagógica, vários movimentos tentam romper com as abordagens mais tradicionais em que *todas as crianças fazem as mesmas coisas ao mesmo tempo*. Os dois modelos de que nos ocupamos, Movimento da Escola Moderna (doravante MEM) e o modelo High Scope (doravante HS), são modelos de Pedagogia Diferenciada em que a atividade pedagógica é organizada de modo a colocar cada criança perante situações facilitadoras da aprendizagem e estimulantes do desenvolvimento.

No debate entre os dois modelos, verificamos que no modelo HS, a criança encontra-se no centro da ação como agente ativo na sua aprendizagem, capaz de fazer escolhas e de contribuir para o processo educativo. Todavia, no modelo do MEM, com um enfoque sociocêntrico, a criança integra-se no grupo e a aprendizagem é cooperativa. Assim, *a criança em ação* (HS) e *a criança em participação* (MEM) sustentam a estrutura curricular e as opções pedagógicas destes dois modelos curriculares.

Com efeito, no modelo HS a criança constrói o seu próprio conhecimento através da interação com o mundo físico e social, com os pares e com os adultos. No modelo MEM, a criança é coconstrutora do conhecimento ao participar no grupo. A aprendizagem define-se como *ativa* no modelo HS e como *cooperativa* no modelo MEM. Os modelos socio-cêntricas como o MEM, dão ênfase à interação adulto-criança e criança-criança e as práticas dão sentido social imediato às aprendizagens, havendo uma construção dinâmica e participada do saber (Niza, 1996).

Modelo MEM

O MEM nasce em Portugal, após o fim da ditadura, com o objetivo de construir uma sociedade democrática desde a primeira infância. Segundo Niza (1996), este modelo, resulta da fusão de três práticas convergentes: a proposta de educação cívica de António Sérgio, a prática de integração educativa de deficientes visuais no Centro Helen Keller (Lisboa) e os cursos de aperfeiçoamento profissional promovidos pelo Sindicato Nacional de Professores. Partindo da pedagogia de Freinet, com uma forte influência do pensamento de Paulo Freire, o MEM foi agregando influências da sociedade e da cultura portuguesas e das perspetivas científicas mais recentes decorrentes dos trabalhos de Vygotsky, de Bruner e de Rogoff, que enfatizam a interação social e a herança sociocultural (Folque, 2014).

Analisando as finalidades deste modelo verificamos, em primeiro lugar, que dá especial relevância às *práticas democráticas*. A ação educativa é estabelecida com base numa negociação do planeamento, cooperação e partilha traduzível na apropriação “dos conhecimentos, dos processos e dos valores morais e estéticos gerados pela humanidade no seu percurso histórico-cultural” (Niza, 1996, p.141). A segunda finalidade prende-se com os valores morais e estéticos e os conteúdos consideram a vida quotidiana das crianças e do grupo, pois preconiza-se que aprender pela *experiência* se torna mais estimulante e mais eficaz do que ser um mero observador. A terceira finalidade diz respeito à construção de uma cultura de grupo entre todos os parceiros educativos baseada na *participação cooperativa* reproduzida no currículo educativo.

O MEM é um modelo sociocêntrico na medida em que a pedagogia não é nem centrada no adulto nem na criança, dando-se primazia à dinâmica de grupo e à construção do cidadão “(...) que desenvolve e se desenvolve.” (Folque, 2014, p.3).

Neste modelo, defende-se que as aprendizagens se fazem através de processos de cooperação no seio de um grupo, sendo este grupo constituído pelas crianças e pelo educador. Esta organização coopera-

tiva das aprendizagens requer, naturalmente uma organização da vida da classe em que todos participam de forma ativa e cooperativa. O educador tem um papel ativo, na organização do ambiente físico e temporal e, também na organização social do grupo. Deste modo, o papel do educador é promover uma organização participativa, cooperativa e democrática que se operacionaliza nos vários momentos da rotina (diária e semanal) e é sustentada pelos instrumentos de organização cooperativa. A criança é ativa e o educador é ativo como nas propostas educativas socioconstrutivistas.

Nas salas MEM, as crianças têm oportunidade de, diariamente, realizarem atividades que elas próprias escolheram e são incentivadas a comunicar ao grupo as aprendizagens e os conhecimentos que construíram. Esta forma de organização do tempo promove a iniciativa, a autonomia, a responsabilidade e a livre expressão. A criança tem opção de escolher as atividades e as tarefas que se propõe realizar no seio de um grupo que opera de forma cooperativa. Os saberes e conhecimentos individuais são partilhados com o grupo através de um circuito de comunicação que favorece a livre expressão nas mais variadas formas (oral, escrita, gráfica, plástica, dramática, etc.).

Modelo High Scope

O HS foi iniciado, nos Estados Unidos por Weikart e pela equipa (2003), em crianças em risco de desenvolvimento nos bairros mais desfavorecidos do distrito de Ypsilanti, Michigan. Weikart verificou que estas crianças tinham resultados mais baixos, tanto nos testes de inteligência como no rendimento escolar, por frequentarem um ensino de baixa qualidade (Hohman & Weikart, 2003). Em 1970, Weikart criou a Fundação de Investigação Educacional High Scope, estabelecendo os seus princípios educativos. Os princípios básicos do currículo HS emergem a partir da teoria estruturalista de Piaget e das perspetivas de *aprendizagem ativa*. A ação, a escolha e a iniciativa da criança são entendidas como centrais neste modelo curricular.

No modelo High Scope, baseado na premissa da aprendizagem ativa, as crianças são encorajadas a desenvolverem as suas próprias iniciativas, a fazerem escolhas autónomas e a envolverem-se em experiências com pessoas e materiais, de modo a construir aprendizagens significativas ou chave. O conceito de *experiência chave* originou a designação de *indicadores chave do desenvolvimento* que permitem ao adulto observar as crianças quando interagem, refletem e experimentam o real. Com base nos indicadores chave do desenvolvimento, o educador pode observar cada criança, avaliar e planificar a sua ação educativa (Hohmann & Weikart, 2003).

Outra dimensão crucial para o modelo curricular High Scope, é o contexto físico, pelo seu impacto no comportamento das crianças e dos adultos. A organização do espaço e dos materiais deve sustentar-se nos princípios base do modelo e assegurar que as crianças se envolvam numa variedade de experiências que conduzem a aprendizagens em todas as áreas contempladas nos indicadores chave do desenvolvimento. A rotina diária inclui o ciclo planejar-fazer-rever, tempos em pequeno e grande grupo, cuja sequência rotineira permite às crianças antecipá-los, sentindo-se assim seguras. Esta organização de tempos, espaço e rotinas promovem a participação ativa da criança a partir das suas brincadeiras reais. Segundo Epstein e Hohmann (2012), as crianças quando estão a brincar, ensaiam o real, enquanto estão a construir conhecimento e a desenvolver o pensamento e o raciocínio.

Interação verbal

A interação verbal entre professores e alunos apresenta características específicas. Uma das finalidades da interação é manter o foco na ação conjunta e motivar a criança para participar e aprender. Para Kerbrat-Orecchioni (1990) as interações verbais incluem sequências estruturadas, mas são também o lugar onde, por excelência, se constroem identidades e se negociam estatutos. É difícil definir as unidades de análise pertinentes em cada interação verbal, já que estas variam no seio das diferentes perspetivas teóricas tanto no plano paradigmático (e.g., pedidos, saudação, sugestões) como no sintagmático (como delimitar sequências de análise) (Kerbrat-Orecchioni, 1990). No nosso estudo, atendendo à situação da interação, definimos como unidade de análise o enunciado do adulto e organizámo-lo em três categorias mais salientes: à valorização da criança, interrogação e orientação da atividade.

Os enunciados de *valorização* dos adultos dividem-se em elogios e críticas (Pinto, Sousa & Fuertes, 2018). Os elogios são asserções para reforçar comportamentos desejáveis nas crianças ou para comunicar prazer com a criança. Contrariamente, as críticas são asserções de caráter negativo para travar ou modificar comportamentos indesejáveis ou transmitem desagrado em relação à criança (Swenson et al., 2016). Geralmente, os elogios são tidos como motivadores e estimulantes de interações positiva com a criança (Wahler & Meginnis, 1997; Breitenstein et al., 2012). Muito embora, o uso excessivo ou banal do elogio diminua significativamente estes ganhos (Breitenstein et al., 2012). Não obstante, quando usado sensivelmente e no quadro de uma estratégia

pedagógica, o elogio pode ser um elemento facilitador de interações estimulantes do desenvolvimento infantil (Brummelman et al. 2014). Os elogios ou as críticas podem incidir sobre o comportamento, características, desempenho, ou motivação da criança. Esta valorização é uma forma chave de atuação em modelos em que se pretende reforçar a agência e participação da criança.

A *interrogação* marca a atitude que o enunciador toma no relacionamento enunciativo intersujeitos (Afonso, 2000), mesmo que retórica, a pergunta convoca o interlocutor para a palavra. As perguntas têm um papel reconhecido em educação (Klinzing & Klinzing-Eurich, 1988), tendo impacto na aprendizagem e no desenvolvimento das crianças (Hart & Risley, 1999). Podem definir-se quer por critérios linguísticos, quer pelo nível de atuação suposto. Na qualidade da linguagem dirigida à criança, destacam-se as formas do adulto implicar a criança em trocas comunicativas mais elaboradas (e.g., perguntas supondo elaboração) (Fuertes et al., 2017). Assim, as questões permitem, se de conteúdo, avaliar o conhecimento da criança ou estimular a sua reflexão.

De entre os enunciados *orientação da tarefa*, a sugestão correlaciona-se com a qualidade interativa (Pinto et al., 2018). A sugestão distingue-se dos enunciados ordem porque nestes o adulto não deixa qualquer espaço de intervenção da criança: decide e enuncia qual o comportamento a seguir, enquanto a sugestão funciona como uma abertura para ação e a agência da criança. Já no ensino, o adulto elabora acerca quer da atividade, quer do comportamento da criança: explicando, justificando, dando razões para eventos ou entidades. Aqui foca-se o papel do educador enquanto mediador da ação e coconstrutor da ação com a criança.

Em suma, a comunicação estabelece o espaço de participação da criança e do adulto. Concomitantemente, os modelos pedagógicos preveem diferentes espaços de participação social e de direito à palavra da criança, bem como concebem o papel do educador como mediador na comunicação ao serviço da sua estratégia pedagógica. Por exemplo, a ordem diminui o espaço de participação, o elogio encoraja, a sugestão promove a cooperação e a pergunta pode estimular a tomada de palavra e a reflexão.

Estudo Empírico

Os estudos Tandem têm reforçado o contributo das atividades colaborativas no processo de desenvolvimento e aprendizagem das crianças em idade pré-escolar (ver revisão Veiga et al, 2019). Com efeito, a

inclusão dos interesses da criança, a promoção da sua participação e envolvimento, bem como o desafio que lhe é proporcionado são ingredientes chave para essa aprendizagem e prazer no âmbito das tarefas colaborativas (Veiga, 2013).

Muito embora, o presente estudo desencadeie uma interação *provocada* (é solicitado que o educador e a criança realizem conjuntamente um produto), esta interação é relativamente livre na medida em que os participantes, dentro de um determinado tempo, podem, usando qualquer material que entendam, decidir conjuntamente a forma de colaboração e de realização da tarefa. Seria difícil encontrar no contexto das práticas de jardim de infância portuguesas (com 1 educador e 1 auxiliar para 25 crianças) momentos individualizados de cooperação que demorem 20 minutos consecutivos e que nos permitam observar a cooperação estabelecida. Contudo, esta situação quasi-experimental oferece uma importante janela sobre a forma como o educador reage a interesses, participação e tomada de decisão da criança. Não pesquisamos, portanto, a situação pedagógica (esta só podia ser estudada em contexto natural) mas o comportamento do adulto no âmbito de uma tarefa cooperativa solicitada.

Neste artigo investigamos, tendo em conta a afiliação a diferentes modelos pedagógicos, o comportamento de educadores no que respeita à qualidade interativa, avaliada através da escala de cotação TANDEM em relação a empatia, atenção, reciprocidade, cooperação, elaboração/fantasia e desafio proposto; e os comportamentos verbais (e.g., uso de sugestões, perguntas, ordens, elogios, críticas) dirigida pelo educador à criança durante a interação. Em primeiro lugar, cumpre ressaltar que os participantes do estudo tiveram alguma formação específica no modelo com que se identificam. Na maioria dos casos, pequenas formações ou formação incluída em pós-graduações. Não obstante, alguns dos educadores, em estudo, afirmaram estar afiliados a um determinado modelo (por formação e estudo autónomo) e procuravam implementar esse modelo nas suas salas. Ora, importava verificar se os pressupostos desses modelos efetivamente afetam os comportamentos do educador. Se os comportamentos dos educadores traduzirem os princípios chave dos seus modelos de referência, podemos debater o papel modelo pedagógico enquanto guião profissional do educador. Caso contrário, podemos estar perante a necessidade de os educadores aprofundarem a sua formação no modelo que desejam implementar - constituindo um desafio aberto às instituições de ensino superior portuguesas, a oferta dessa formação. Espera-se que o estudo mais do que permitir descrever o educador “representante” de um modelo pedagógico, possa contribuir para o debate sobre o papel do ideário pedagógico na praxis do educador.

Participantes

Participaram neste estudo 57 díades de educadora-criança. As crianças, 28 meninos e 29 meninas, tinham três e quatro anos de idade ($M = 3.48$; $SD = .51$) e não apresentavam problemas de desenvolvimento. Todas as crianças frequentavam o Jardim de Infância e pertenciam a famílias da classe média. Neste estudo participaram três grupos: (i) 21 educadoras que identificam e procuram aplicar na sua prática o MEM; (ii) 16 assumiam seguir o HS, tendo recebido formação e (iii) 20 educadoras não afiliadas a um modelo preferencial (doravante SMP). As educadoras, todas de nacionalidade portuguesa, tinham entre 25 e 45 anos ($M = 34.66$; $SD = 5.45$). A maioria das educadoras tinha mais de cinco anos de serviço ($M = 8.55$; $SD = 2.11$).

Procedimentos

Para a realização do estudo convidámos educadores e crianças (com a anuência dos seus encarregados de educação) a participar. Posteriormente, apresentámos os objetivos e os procedimentos do estudo a todos que aceitaram participar na investigação e respondemos às suas questões. Os educadores deram o seu consentimento informado. Igualmente, pedimos aos encarregados de educação e às crianças o seu consentimento. No caso das crianças, este consentimento foi dado através do seu desenho ou *assinatura*.

O levantamento de dados demográficos foi realizado através de um inquérito dirigido aos pais e às educadoras.

Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de vídeo gravação das díades em interação sem a presença da investigadora. As filmagens decorreram em contexto de Jardim-de-Infância (em Instituições Particulares da Segurança Social e instituições privadas), numa atividade livre de construção conjunta com materiais pré-determinados de acordo com o estudo TANDEM original (Brandes, Andra, Roseler & Schneider-Andrich, 2015).

Foram fornecidas a cada díade duas malas (cf. Figura 1), uma contendo materiais (placas de madeira, papel colorido, fio de pesca, ataches, olhos autocolantes, missangas coloridas, palitos, rolhas, papel canelado, feltro, limpa cachimbos, arame fino, caixa de ovos, bolas de esferovite, canudos de papel higiénico, lã, anilhas de metal e palhinhas), e a outra contendo ferramentas (pistola de cola quente, alicate, e tesoura). Aos participantes foram dadas instruções para que utilizassem livremente os materiais e as ferramentas disponíveis, na construção de um produto (objeto, brinquedo, boneco...), durante 20 minutos.



Figura 1.

Cotação e aferição dos dados

No presente estudo foram efetuados dois tipos de cotação, com vista a analisar e classificar a qualidade interativa, e os comportamentos verbais do adulto.

Qualidade interativa - Para pesquisar a qualidade das interações, foi utilizada a escala TANDEM (Brandes et al. 2015), traduzida e adaptada por Rita Brandes. A escala está organizada em 6 categorias, e é pontuável de 1 a 5 (1 ponto corresponde a “discordo totalmente”; 2 pontos a “discordo um pouco”; 3 pontos a “concordo em parte”; 4 pontos a “concordo bastante” e 5 pontos a “concordo totalmente”). A cotação final foi obtida em consenso, por acordo em conferência de cotadores, não sendo necessário calcular o nível de acordo. Os itens da escala são distribuídos pelas seguintes dimensões de análise (cf. Tabela 1): empatia, desafio, qualidade interativa (atenção e reciprocidade), tipo de cooperação e conteúdo da comunicação.

Dimensão	Itens
Empatia	<p>A educadora reage às observações e emoções da criança de forma adequada e com prontidão.</p> <p>A educadora apoia a criança de forma adequada (sem intromissão indesejada nem regras).</p> <p>A educadora dá feedback positivo e respeitador.</p> <p>A educadora encoraja a criança a experimentar e analisar problemas desconhecidos.</p>
Desafio	<p>A educadora coloca perguntas que estimulam a reflexão.</p> <p>A educadora usa conceitos desconhecidos da criança.</p> <p>A criança perde o interesse durante a atividade e revela sinais de aborrecimento.</p> <p>A educadora organiza a atividade como uma situação de competição.</p>
Qualidade interativa (atenção e reciprocidade)	<p>A educadora adota as sugestões e/ou iniciativas da criança.</p> <p>A educadora espera com paciência pelas decisões da criança.</p> <p>A educadora está virada para a criança e procura o contacto visual com a mesma.</p>
Tipo de cooperação	<p>A educadora observa a criança e só participa verbalmente.</p> <p>A educadora atua ela própria e deixa a criança observá-la.</p> <p>A educadora e a criança seguem diferentes projetos parciais em atividades paralelas e existe uma conciliação de interesses apenas pontual.</p> <p>Ambos trabalham conjuntamente num objecto, existindo uma conciliação de interesses contínua.</p>
Conteúdo da Comunicação	<p>A educadora exprime-se, principalmente, de forma objetiva, concreta e funcional sobre a atividade ou adota essa forma, se isto partir da criança.</p> <p>A educadora acompanha a atividade por meio de fantasias associativas e narrações ou adota as mesmas, se estas partirem da criança.</p> <p>A educadora tematiza a relação ou aspetos pessoais (atributos, experiências, sentimentos) ou adota os mesmos, se estes partirem da criança.</p>

Tabela 1. - Dimensões para avaliação da qualidade das interações

Comportamentos verbais do adulto- A unidade de análise foi o enunciado, delimitado por informação sintática, prosódica e pragmática. Para a análise e cotação do comportamento verbal do adulto foi criada uma grelha de análise com três dimensões: a valorização (elogios/estímulo e desaprovação/comentários negativos), a interrogação (perguntas de conteúdo, perguntas de processo) e a orientação da atividade (sugestões, ordens, ensino) (cf. Tabela 2).

Categorias comportamento verbal do adulto:	Itens	Definição ou Operacionalização	Exemplos
Interrogação	Perguntas de conteúdo	Perguntas em que se estabelece relação entre a atividade/produto e a realidade (conceitos).	Qual é a forma do bico? Precisamos de mais quantos olhos? Porque é que o pai está zangado?
	Perguntas de processo	Perguntas em que são pedidas pistas relativamente à escolha de materiais e técnicas a utilizar no decorrer da atividade.	Como queres fazer asas? Como vais fazer a boca? Vais usar esses palitos para quê? Como é que pomos aqui a bola?
Orientação	Sugestões	O adulto faz propostas, aceita as escolhas da criança, não impondo a sua vontade.	Vou sugerir usar a cola quente. Isto podia ser a boca. Não queres fazer os braços...
	Indicações	O adulto orienta e/ou faz prevalecer as suas escolhas.	Vamos cortar mais um bocadinho. Temos de acabar a loja primeiro.
	Ordens	O adulto dá uma ordem à criança dirigindo o seu comportamento/ação.	Põe tu! Arruma! Cola tu!
	Explicações	O adulto explica, informa ou ensina algo.	Paus de cachimbo. São aqueles que dá para dobrar.
Valorização	Elogios/estímulo	O adulto faz comentários positivos valorizando o desempenho da criança e/ou o produto realizado.	Boa! Muito bem! Parabéns, conseguiste!
	Desaprovação/Comentários negativos	O adulto faz comentários negativos relativamente ao desempenho, ao produto realizado e/ou ao comportamento da criança.	Está tonto. Estás a fazer muita força

Tabela 2. - Categorias de análise do comportamento verbal do adulto

As categorias resultam da análise prévia das interações e tiveram em conta o formato linguístico e prosódico dos enunciados e a sua finalidade. Na categorização dos enunciados consideraram-se tanto as pausas como a intenção comunicativa. Por exemplo, a categoria interrogação é definida quer por estruturas linguísticas (O que é que, ...? Onde...? Como...?), quer pela curva de entoação (Mateus et al., 2003), quer pela finalidade: constituindo um ato em que o enunciador instância o interlocutor como enunciador. A categoria sugestão contempla os enunciados em que o adulto se dirige à criança enunciando uma proposta, ou apresentando alternativas quer favorecendo a ação, quer a reflexão da criança.

Análise dos dados

Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva e inferencial, usando a versão 24 do programa SPSS. A estatística descritiva foi usada para calcular as médias e os respetivos desvios padrão dos educadores dos diferentes modelos pedagógicos. Para calcular as diferenças de média entre os três grupos de educadoras foi utilizado o teste de médias ANOVA. O nível de significância foi assumido a .05 e a normalidade da distribuição das variáveis foi testada para efeitos de decisão entre estatística paramétrica e não paramétrica.

Resultados

Diferenças na qualidade interativa diádica e no comportamento verbal entre educadoras HS, MEM e SMP

Nesta seção, analisamos por comparação de médias (ANOVA), o contributo dos modelos pedagógicos dos educadores no seu comportamento interativo. Com efeito, através do teste de Fisher verificámos as seguintes diferenças significativas entre os três grupos de educadoras:

- A educadora reage às observações e às emoções da criança de forma adequada e com prontidão ($F=5.915$; $p=.005$);
- A educadora dá feedback positivo e respeitador ($F= 4.956$; $p=.015$);
- A educadora tematiza a relação ou aspetos pessoais (atributos, experiências, sentimentos) ou adota os mesmos se estes partirem da criança ($F=3.575$; $p=.034$);
- A educadora exprime-se, principalmente, de forma objetiva, concreta e funcional sobre a atividade ou adota essa forma, se esta partir da criança ($F= 3.508$; $p=.037$);
- A educadora atua ela própria e deixa a criança observá-la; ($F= 3.585$; $p=.035$);
- A criança perde o interesse durante a atividade e revela sinais de aborrecimento ($F=7.345$; $p=.001$)

Quando analisamos as médias obtidas pelos três grupos (corrigidas ao teste Bonferroni) verificamos que (i) as educadoras HS apresentam uma pontuação superior às educadoras MEM e estas apresentam médias superiores às SMP quanto a responderem adequadamente e com prontidão às observações e emoções da criança e de *feedback* positivo e respeitador; (ii) as educadoras HS em comparação com as restantes tematizaram mais a relação ou aspetos pessoais ou adotaram os mesmos se estes partirem da criança; (iii) as educadoras MEM apresentaram uma comunicação mais concreta que as restantes (v) a criança perdeu mais interesse na atividade e revelou sinais de aborrecimento com as educadoras SMP do que com as restantes educadoras.

Relação entre o modelo pedagógico da educadora e a comunicação com a criança

Quando analisamos os resultados da comunicação por categoria valorização, interrogação e orientação da atividade não encontramos diferenças significativas entre os grupos estudados. No entanto, estas diferenças surgem quando analisamos os comportamentos específicos

da comunicação. De acordo com a tabela 3, o grupo de educadoras MEM apresenta, em comparação com os outros dois grupos, mais perguntas de processo, sugestões, indicações e elogios. As perguntas de conteúdo são mais frequentes no grupo SMP comparativamente aos outros dois grupos. Entre os três grupos, as explicações são mais frequentes no grupo HS. Embora raras, as críticas são mais frequentes no grupo SMP em comparação com os outros dois grupos.

	MEM		HS		SMP		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Perguntas de conteúdo	3.85	2.390	4.07	3.668	20.05	10.642	34.363	.001
Perguntas de processo	13.20	8.727	12.93	11.063	11.29	7.309	.271	.764
Sugestões	8.80	4.697	5.57	2.563	5.05	2.958	6.200	.004
Direções	4.85	4.184	2.71	3.771	2.19	2.159	3.351	.043
Ordens	5.90	4.844	1.07	1.269	3.86	3.953	6.407	.003
Explicações	3.15	3.528	6.50	3.156	4.67	3.706	3.760	.030
Elogios	8.50	6.533	4.07	4.859	6.05	4.129	2.970	.060
Críticas	.30	.470	.21	.579	1.19	1.861	3.739	.030

Tabela 3. - Teste de diferenças, médias e desvios padrão nos comportamentos comunicativos entre os três grupos de educadoras em estudo

Discussão dos Resultados

Numa amostra com 57 díades (educador-criança), analisamos o comportamento dos educadores (no caso educadoras) no que respeita à qualidade interativa, avaliada através da escala de cotação TANDEM, quanto à empatia, atenção, reciprocidade, cooperação, elaboração/fantasia e ao desafio proposto. Adicionalmente, analisamos o tipo de comunicação dirigida à criança (e.g., uso de sugestões, perguntas, ordens, elogios, críticas) durante a interação. Assim, pretendia-se averiguar de que modo a referência pedagógica do educador influenciava a sua forma de interagir e comunicar com crianças de três a quatro anos no âmbito de atividades colaborativas.

Em termos médios, os resultados indicam diferenças no comportamento das educadoras de acordo com a sua afiliação pedagógica. Mesmo sem formação/certificação nos modelos (embora com formação especializada), a apropriação de um modelo parece espelhar-se na forma como o educador age e comunica com a criança (mesmo em situações educativas não espontâneas). No que concerne à qualidade interativa verifica-se que as educadoras que se identificam com

o modelo HS apresentam uma pontuação superior às restantes educadoras quanto a responderem adequadamente e com prontidão às observações e emoções da criança bem como a dar um *feedback* positivo e respeitador. Este resultado, tinha sido parcialmente observado em amostras alemãs (Brandes et al, 2015). Ora, este comportamento é fortemente coerente com os princípios High Scope que na *roda da aprendizagem* inclui a adequação às necessidades irreduzíveis de criança e o encorajamento com um elemento fundamental das interações adulto-criança (revisão em Gomes, 2009). Por seu lado, as educadoras afiliadas ao MEM apresentaram uma comunicação mais concreta do que as restantes. Com efeito, os instrumentos da prática pedagógica MEM são sustentados em princípios de organização e de gestão de sala – facilitadores da apreensão e participação de todas as crianças pela sua clareza e estruturação. De acordo com os princípios de atuação HS e MEM, as crianças foram mais participativas (apenas apoiadas por indicações orais do educador) na atividade com educadores partidários destes modelos. Talvez, por essa razão, as crianças perderam mais interesse na atividade e revelaram mais sinais de aborrecimento com as educadoras SMP do que com as restantes educadoras.

Estes resultados, ao revelarem que o comportamento das educadoras foi coerente com a sua perspetiva pedagógica, sublinham a importância de apresentar e debater os modelos pedagógicos na formação dos educadores. Esta formação deverá oferecer não apenas um conjunto de conhecimentos ou forjar competências práticas, mas sobretudo, estimular práticas reflexivas na construção de uma “identidade” pedagógica firmada em princípios e pressupostos sustentados teoricamente.

Como segundo objetivo analisamos a comunicação dirigida pelo educador à criança. A linguagem descontextualizada, isto é, as trocas que vão além do imediato, vivido ou literal, são importantes no desenvolvimento das crianças (Dickinson, 2001; Rowe, 2013; Salmon & Reese, 2016). Na qualidade da comunicação, verifica-se que as educadoras afiliadas ao modelo MEM tematizam mais a relação ou os aspetos pessoais do que as restantes. Tal, é indicador da mobilização de saberes e experiências das crianças. Um estilo comunicativo que inclui linguagem descontextualizada (evocando eventos e experiências da criança que ultrapassam o imediato) quer mobilizando passado, quer favorecendo a evocação do futuro tem impacto nas competências das crianças (Dickinson, 2001). Igualmente, as perguntas de conteúdo extravasam a situação real e imediata mobilizando saberes ou solicitando reflexão. As educadoras SMP recorrem mais a este tipo de perguntas, favorecendo a mobilização de saberes e pensamento, revelando uma maior atenção à componente concetual da ação da criança e ao seu conhecimento do mundo.

As educadoras MEM usam mais indicações, sugestões e ordens. Se, por um lado, parecem privilegiar a ação da criança e a sua autonomia pelas sugestões, nas indicações e ordens parecem mais preocupadas com organização da ação da criança. Nos modelos com uma orientação cívica e social, valoriza-se a participação no grupo e a colaboração entre crianças e entre o adulto e a criança (Niza, 2004). Por um lado, o educador ao sugerir apresenta à criança possibilidades sobre as quais ela terá que pensar e decidir. Diferentemente das ordens, as sugestões respeitam o espaço de decisão e ação das crianças e reconhecem os seus saberes, “andaimando” (scaffolding) a sua ação e favorecendo a participação (Vasconcelos, 2014; Wood, Bruner & Ross, 1976). Na verdade, as sugestões são indicadores de respeito pela ação e participação da criança (Fuertes et al., 2017; Pinto, et al., 2018) já que lhe permitem decidir, mas decidir sobre o que o adulto emitiu. As sugestões poderão ser entendidas como uma estratégia de trabalho na zona de desenvolvimento potencial da criança (Vygotsky, 1984). As ordens, porém, são tidas como menos positivas no desenvolvimento da linguagem das crianças (McCartney, 1984). No entanto, não conhecemos estudos sobre o impacto de ordens em outras áreas de desenvolvimento. Quando o adulto ordena, coarta a exploração da criança, pois, orientando explicitamente a ação da criança, pode desvalorizar a participação a criança ou poderá organizar a criança em momentos de incerteza.

As educadoras HS dão menos ordens, usam mais enunciados de ensino e menos elogios na atividade de construção. Parece que as educadoras ao valorizarem a ação da criança, dão menos ordens, mas enfatizam a informação e a explicação.

Para além dos resultados obtidos, a análise o tipo de enunciados mais usados pelos educadores permite inferir a conceção de criança subjacente, entre outros, quanto ao grau de participação que lhe é reconhecido. Pode observar-se quais as crianças que são mais incentivadas a serem conversadores ativos, quais as crianças que são mais solicitadas para fazerem ou para pensarem no que fazem, ou ainda para serem autónomos ou para seguirem instruções (Pinto et al., 2018). A criança ao ter “voz” tem a possibilidade de participar ativamente em todo o processo de ensino-aprendizagem (Niza, 1996; Oliveira-Formosinho & Araújo, 2004; Oliveira-Formosinho & Lino, 2008).

Noutros estudos Tandem, verifica-se diferenças na forma de interagir e comunicar de pais, mães, educadores e educadoras com a criança (com e sem desenvolvimento típico) (Barroso et al., 2017; Farinha & Fuertes, 2018; Fernandes et al., 2018; Ferreira et al. 2016; Fuertes et al., 2018; Veiga et al., 2019; Veloso et al., 2018). Estas diferenças refletiam uma implícita representação da criança (como agente ativo e competente na sua própria aprendizagem versus aprendiz a partir dos ensinamentos ou exemplo do adulto). O presente estudo desvenda que

a perspetiva pedagógica do educador pode contribuir de forma determinante para a construção dessa representação.

Tendo em conta que grande parte do dia da criança é passado em contexto pré-escolar, cabe ao adulto contribuir para o desenvolvimento da criança e torná-la progressivamente mais participativa na sua aprendizagem. Concomitantemente, a criança ao participar ativamente em todo o processo e ao ser apoiada pelo adulto, através de tarefas colaborativas, poderá sentir-se segura ao adquirir domínio sobre a exploração e a interação (Portugal & Luís, 2016). O estudo e a reflexão sobre o modelo pedagógico usado podem impulsionar o educador nesse percurso!

Limitações e sugestões para futuros estudos

Esta investigação permitiu-nos comparar cinquenta e sete díades distribuídas por três grupos de educadoras (HS, MEM e SMP). A principal limitação decorre da desigual distribuição e reduzido número de sujeitos por grupo de estudo, o que impede o aprofundamento da análise dos dados e generalização dos resultados. Por fim, a influência das variáveis secundárias é pouco controlada. Os três grupos diferem em termos dos géneros das crianças, idades, etc. Contudo, o peso dessas variáveis dificilmente pode ser estudado em grupos de estudos não emparelhados ou sem análise de regressão (que no nosso estudo não apresenta poder estatístico dado o reduzido número de participantes). Noutros trabalhos desta equipa são apresentados dados de natureza qualitativa que pretendemos continuar a explorar (Ladeiras et al., 2018).

Não obstante, estas limitações acreditamos que o estudo baseado num extenso e rigoroso trabalho de observação de 57 educadoras, com acordo de cinco juízes para cada item (num total de 35 itens e 8 registos comportamentais por unidade de frequência) contribui para o debate do papel dos modelos pedagógicos na ação do educador.

Referências

Afonso, A. B. (2000) *Valores da interrogação: um estudo linguístico*. Viana do Castelo: Centro Cultural do Alto Minho.

Apps, P., Mendolia, S., & Walker, I. (2012). The Impact of Pre-school on Adolescents' Outcomes: Evidence from a Recent English Cohort. *IZA DISCUSSION PAPER 6971*. Disponível em <http://ftp.iza.org/dp6971.pdf>. Acesso em 27-2-2019.

Barnett, W. S. (2008). *Preschool education and its lasting effects: Research and policy implications*. Boulder and Tempe: Education and the Public Interest Center & Education Policy Research Unit, 2008. Disponível em <http://epicpolicy.org/publication/preschool-education>. Acesso 10-7-2019.

Barroso, I. Ferreira, A., Fernandes, I., Branco, M., Ladeiras, A., Pinto, F., Veloso, C., Brandes, H., Sousa, O. & Fuertes, M. (2017). As diferenças interativas e comunicativas de educadoras e das mães com crianças em idade em pré-escolar. *Da Investigação às Práticas: Estudos Educacionais*, 7,1, 41-62. doi: 10.25757/invep.v7i1.117

Brandes, H., Andra, M., Roseler, W., & Schneider-Andrich, P. (2015). Does gender make a difference? Results from the German “tandem study” on the pedagogical activity of female and male ECE workers. *European Early Childhood Education Research Journal*, 23(3), 315-327, 2015. doi:10.1080/1350293X.2015.1043806.

Breitenstein, S. M., Gross, D., Fogg, L., Ridge, A., Julion, W. & Tucker, S. (2012). The Chicago Parent Program: Comparing 1-year outcomes for African American and Latino parents of young children. *Res Nurs Health*, 35(5), 475–489. doi: 10.1002/nur.21489.

Brummelman, E., Thomaes, S., Castro, B., Overbeek, G., & Bushman, B.J. (2014). “That’s not beautiful—that’s incredibly beautiful!”: The adverse impact of inflated praise on children with low self-esteem. *Psychological Science*, 25(3), 728–735. doi: 10.1177/0956797613514251

Dickinson, D. K. (2001). Large-group and free-play times: Conversational settings supporting language and literacy development. In D.K. Dickinson, & P.O. Tabors (Eds.). *Beginning literacy with language* (pp. 223-255). Baltimore: Brookes.

Epstein, A. & Hohmann, M. (2012). HighScope’s Curriculum Content Areas and the KDIs. *HighScope Extensions*, 26(4),1-11.

Farinha, S. & Fuertes, M. (2018) Quando sou mãe e quando sou educadora! Comparando Mães e Educadoras (com os seus filhos ou com outras crianças) numa tarefa colaborativa com a criança. *Educacionais*

Revista Da Investigação às Práticas: Estudos Educacionais, 2, 2. 47-74. doi: 10.25757/invep.v8i2.151.

Fernandes, I., Barroso, I., Ferreira, A., Branco, M., Ladeiras, A., Veloso, C., Pinto, F., Osório, T., Relvas, M., Sousa, O., Brandes, H. & Fuertes, M. (2018). Estudo comparativo acerca do comportamento e comunicação materna e paterna em atividade conjunta com os seus filhos de idade pré-escolar. *Análise Psicológica*, 3 (XXXVI), 295-310. doi.org/10.14417/ap.1240.

Ferreira, A., Barroso, I., Fernandes, I., Branco, M., Ladeiras, A., Pinto, F., Sousa, T., Veloso, C., Brandes, H., Sousa, O. & Fuertes, M. (2016). Estudo sobre as diferenças interativas e comunicativas de educadores e educadoras com crianças em idade em pré-escolar. *Revista Da Investigação às Práticas*, 2, 79-100. doi: 10.25757/invep.v6i2.102

Fivush, R., Haden, C. A. & Reese, E. (2006). Elaborating on elaborations: Role of maternal reminiscing style in cognitive and socioemotional development. *Child Development*, 77, 1568-1588. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00960.x

Folque, M. (2012). Desenvolver a Qualidade em Parcerias (DQP) – um referencial com potencialidades múltiplas. *Cadernos de Educação de Infância*, 95, 14-19.

Folque, M. (2014). Reconstruindo a cultura em cooperação mediado pela pedagogia para a infância do Movimento da Escola Moderna Portuguesa. *Perspectiva*, 32(3), 951-975.

Lino, D. (2014). A Qualidade do Contexto na Educação de Infância Perspetivada através da Escolha e do Envolvimento. *Nuances: Estudos sobre Educação*, 25(3), 137-154.

Lino, D. (2016). Early Childhood Education: Key Competences in Teacher Education. *Journal Plus Education*, 15, 7-15.

Haden, C., Ornstein, P.A., Rudek, D.J., & Cameron, D. (2009). Reminiscing in the early years: Pattern of maternal elaborativeness and children's remembering. *International Journal of Behavioral Development*, 33(2), 118-130. doi: 10.1177/0165025408098038

Haimovitz, K., & Corpus, J. H. (2011). Effects of person versus process praise on student motivation: Stability and change in emerging adulthood. *Educational Psychology*, 3, 595-609. doi:

Hart, B. & Risley, T.R., (1999). *The social world of children learning to talk*. Baltimore: Brookes.

Heckman, J., Moon, S., Pinto, R., Savelyev, P., & Yavitz, A. (2010). Analyzing Social Experiments as Implemented: A Reexamination of the Evidence From the HighScopePerry Preschool Program. *Quantitative Economics*, 1(1), 1–46. doi: 10.3386/w16238

Hohman, M., & Weikart, D. (2003). *Educar a Criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). *Les Interactions verbales* (tome 1). Paris: Armand Colin.

Klinzing, H., & Klinzing-Eurich, G. (1988). Questions, responses and reactions. In J.T. Dillon (Ed.). *Questioning and discussion: a multidisciplinary study* (pp. 212-239). New Jersey: Ablex.

Fuertes, M., Sousa, O., Nunes, C. & Lino, D. (2018). How different are parents and educators? A comparative study about the interactive differences between parents and educators in a collaborative adult-child activity. *PLoS One*, 13(11): e0205991. doi: 10.1371/journal.pone.0205991.

Fuertes, M. Castro, S., Faria, A., Alves, M., Osório, T. & Sousa, O. (2017). Interação e comunicação dos pais com crianças de 15 meses. *Psicologia USP*, 28 (3), 346-357. doi: 10.1590/0103-656420160154.

Ladeiras, A., Fernandes, I., Barroso, I. Ferreira, A., Veloso, C., Sousa, O. & Fuertes, M. (2018). Comportamento interativo e comunicativo de crianças em idade pré-escolar com pais e educadores na experiência Tandem. In Fuertes, M., Nunes, C., Lino, D. & Almeida, T. (2018, org.). *Teoria, Práticas e Investigação* (pp. 356-389). CIED: Escola Superior de Educação de Lisboa. ISBN 978-989-8912-02-2

Magnuson, K.A., Meyers, M.K., Ruhm, C., & Waldfogel, J. (2004). Inequality in preschool education and school readiness. *American Educational Research Journal*, 41(1), 115-157. doi: 10.3102/00028312041001115

McCartney, K. (1984). Effect of quality of day care environment on children's language development. *Developmental Psychology*, 20, 244-260. doi: 10.1037/0012-1649.20.2.244

- Niza, S. (2004). A acção de diferenciação pedagógica no currículo. *Escola Moderna*, 21, 5.
- Niza, S. (1996). O Modelo Curricular de Educação Pré-Escolar da Escola Moderna Portuguesa. In: Formosinho, Júlia. (Org.). *Modelos Curriculares para a Educação de Infância*. Porto: Porto Editora.
- OECD (2006). *Starting Strong II: Early childhood education and care*. Paris, OECD.
- Oliveira-Formosinho, J. (Org.) (1996). *Modelos Curriculares para a Educação de Infância*. Porto: Porto Editora.
- Oliveira-Formosinho, J. (2003). O Modelo Curricular do MEM – Uma Gramática Pedagógica para a Participação Guiada. *Escola Moderna*, 18 (5), 5-9.
- Oliveira-Formosinho, J. & Araújo, S. (2004). O envolvimento da criança na aprendizagem: construindo o direito de participação. *Análise Psicológica*, 1(22), 81-93.
- Oliveira-Formosinho, J. & Lino, D. (2008). Os papéis das educadoras: as perspetivas das crianças. *Educação Foco*, 13(2), 9-29.
- Pinto, F., Sousa, O. & Fuertes, M. (2018). Cartografia da comunicação e dos comportamentos interativos em díades com elevada ou baixa qualidade relacional. In Fuertes, M., Nunes, C., Lino, D. & Almeida, T. (2018, org.). *Teoria, Práticas e Investigação* (pp.180-211). CIED: Escola Superior de Educação de Lisboa. ISBN 978-989-8912-02-2
- Portugal, G. & Luís, H. (2016). A atenção à experiência interna da criança e estilo do adulto – Contributo das escalas de empenhamento para a melhoria das práticas pedagógicas em educação de infância. *Saber & Educar*, 21, 66-75.
- Rowe, M. (2013). Descontextualized Language Input and Preschoolers: Vocabulary Development.” *Semin Speech Lang*, 34(4), 260–266. doi:10.1055/s-0033-1353444
- Salmon, K., & Reese, E. (2016). The Benefits of Reminiscing With Young Children. *Current Directions in Psychological Science*, 25(4), 233-238. doi: 10.1177/0963721416655100
- Sfard, A. (1998). On two metaphors for learning and the dan-

gers of choosing just one. *Educational Researcher*, 27(2), 4-13. doi: 10.2307/1176193

Swenson, S., Ho, G., Budhathoki, C., Belcher, H., Tucker, S., Miller, K., & Gross, D. (2016). Parents' Use of Praise and Criticism in a Sample of Young Children Seeking Mental Health Services. *Journal of Pediatric Health Care*, 30, 49-56. doi: 10.1016/j.pedhc.2015.09.010

Vasconcelos, T. (2014). *Tecendo tempos e andamentos na educação de infância*. Lisboa: Media XXI.

Veiga, F. H. (2013) Envolvimento dos alunos na escola: Elaboração de uma nova escala de avaliação. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 441-445.

Veiga, B., Fernandes, I., Sousa, O., Nunes, C., & Fuertes, M. (2020). Comparative study of participation, interaction and communication in dyads with children with developmental delay and with children with typical development during a construction task. *Sensos-E*, 7(1), 99-110. <https://doi.org/10.34630/sensos-e.v7i1.3512>

Veiga, B., Fernandes, I., Sousa, O. & Fuertes, M. (2019). Tarefas colaborativas com crianças em idade pré-escolar: O percurso dos estudos sobre o comportamento interativo e comunicativas de pais e educadores em tarefas colaborativas. *Revista Da Investigação às Práticas: Estudos Educacionais*, 9, 2, 46-72. doi: 10.25757/invep.v9i2.18

Veloso, C. Barroso, I., Branco, M., Ferreira, A., Fernandes, I., Ladeiras, A., Pinto, F., Brandes, H., Sousa, O. & Fuertes, M. (2018). Estudo sobre as diferenças interativas e comunicativas dos educadores e dos pais com crianças em idade pré-escolar. *Revista Da Investigação às Práticas: Estudos Educacionais*, 1, 94-116. doi: 10.25757/invep.v8i1.118.

Vion, R. (2000). *La communication verbale: analyse des interactions*. Paris: Hachette.

Vygotsky, L. S. (1984). *Mind in Society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.

Wood, D.J., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 17, (2), 89-100. doi: 10.1111/j.1469-7610.1976.tb00381.x

Financiamento

O presente estudo foi financiado pelo Instituto Politécnico de Lisboa no concurso Anual para Projetos de Investigação, Desenvolvimento, Inovação e Criação Artística do IPL – 2018.

