

Nascimento antecipado -

Associação entre a sintomatologia somática, representações maternas, a interacção mãe-filho e o nível de desenvolvimento do bebé, numa amostra de bebés pré-termo de muito baixo peso aos 4 meses de idade corrigida

ISPA

Mestrado de Psicossomática

Orientador : Prof. António Coimbra de Matos

Aluna : Iolanda Maria Cortez Lopes Campos Gil

Nº 11982

Ano 2005



ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Classe de Documentação

Registo: 16710

Data: 26/06/06

Tel: 21 881 17 50 • info@ispa.pt

Agradecimentos

Agradeço a todas as famílias e em especial às mães dos bebês que participaram no estudo, pela sua disponibilidade e generosidade. Foram elas e os seus bebês o meu principal estímulo neste trabalho.

Ao Dr. Coimbra de Matos, pela sua orientação e acima de tudo pelo seu incentivo em continuar a estudar esta área.

Às médicas neonatologistas que tanto me ajudaram nesta incursão por um novo território, Dr^a Micaela Serelha, Dr^a Fernanda Melo e Dr^a Isabel Paz dos Hospitais D. Estefânia e S. Francisco Xavier. Muito obrigada pela sua paciência e disponibilidade de acolhimento.

A toda a equipa do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian, à qual pertença, pelas sugestões e apoio desde a bibliografia à análise de dados.

À Dr^a Patrícia Crittenden e Dr^a Marina Fuertes pela sua colaboração na minha formação na área da avaliação das interacções precoces mãe-filho.

Aos meus professores do mestrado que de diferentes formas me ajudaram a integrar ideias, a fundamentar práticas e abarcar novos conhecimentos.

Aos meus colegas do curso de mestrado com quem partilhei muitas angústias e debati diferentes formas de abordar os assuntos.

E por fim à minha família pela enorme maturidade e entendimento para com a minha necessidade de integrar diferentes saberes e novas experiências.

A todos muito obrigada

Índice

Introdução.....	5
I - Enquadramento teórico	
1 – A psicanálise e a interacção mãe-filho.....	7
2 - A teoria da vinculação.....	11
3 – Psicossomática da 3ª geração e interdisciplinaridade – a teoria da vinculação e a psiconeurobiologia.....	16
II– Maternidade e pré-termo	
1– A vivência da maternidade com o nascimento antecipado.....	23
2 – O recém nascido pré-termo	
2-1 – Aspectos somáticos no recém nascido pré-termo	
2-2– Aspectos neurocomportamentais e relacionais no pré-termo	
3– A UCIN.....	32
3-1 – Estratégias e programas de intervenção na UCIN	
III - Considerações finais da revisão da literatura.....	38
IV - Metodologia	
Objectivo geral do estudo.....	40
Objectivo específico.....	40
Hipótese geral.....	42
Amostra	42
Instrumentos.....	42
Métodos de análise dos dados.....	45

Limites e discussão dos resultados	75
Conclusão.....	76

Bibliografia.....	79
-------------------	----

Anexos: I - Tabelas dos resultados

Anexos II – Instrumentos utilizados : 1ª entrevista

Entrevista dos 4 M

Grelha de interacção de Bur et al

Escala de sensibilidade de P. Crittenden

Escala de Desenvolvimento de R.

Griffiths

Introdução

O presente trabalho tem por interesse aprofundar conhecimentos e associar factores fisiológicos, psicológicos e relacionais que interferem na díade mãe-filho pré-termo, numa amostra com características particulares retirada de uma população específica .

A expressão da sintomatologia somática em bebés recém-nascidos tem uma componente funcional com aspectos que dizem respeito por exemplo à organização dos ritmos de alimentação e do sono, mas pode também assumir desequilíbrios maiores com contornos patológicos mais marcados que interferem com a relação sócio-afectiva e com o desenvolvimento .

Nos recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (menos de 1500g) as patologias associadas a esta fragilidade biológica, e secundariamente ao ambiente à sua volta, são múltiplas. Estas limitam e interferem com a relação afectiva que a mãe vai construindo assim como com o desenvolvimento e organização do bebé.

As três dimensões, fisiológica, psicológica e relacional estão interligadas e interdependentes, influenciando-se mutuamente e constituem a base da unidade de funcionamento do indivíduo . São sobretudo visíveis em populações de elevado risco, como aquela de onde provém a amostra. Estas crianças pelo facto de nascerem tão imaturas, tem múltiplos riscos associados, biológicos, psicológicos e relacionais originando processos de desorganização que induzem sintomatologia psicossomática e/ou franca somatização. O recém-nascido pré-termo acumula para além das limitações biológicas uma experiência negativa vivida no ambiente da UCIN (unidade de cuidados intensivos neonatais). Estes bebés são submetidos a procedimentos dolorosos

e invasivos, ruído e exposição a múltiplas estimulações que interferem também no seu desenvolvimento.

A forma como as suas mães vivem a fase de adaptação à maternidade de uma criança com elevado risco é determinante para o ambiente afectivo interferindo com a interacção construída e naturalmente com o desenvolvimento global da criança.

Na interacção mãe-filho encontramos factores relacionados com a situação biológica dos bebés, hiper reactivos e hiper excitáveis e por outro as perturbações afectivas dos pais como resposta a esta situação.

A maioria dos estudos encontrados referem como as alterações somáticas e a vulnerabilidade biológica inerente à prematuridade jogam um papel determinante na interacção precoce referindo ainda a forma como pode ser incrementada com a melhoria dos cuidados nas unidades de neonatologia.

Numa primeira parte procura-se enquadrar dentro das teorias psicanalítica e da vinculação a construção da interacção mãe-filho. Faz-se ênfase à ligação entre os aspectos emocionais e os aspectos neurocomportamentais.

Numa segunda parte aborda-se as questões metodológicas tendo em conta os procedimentos experimentais e os resultados obtidos.

« ... o bebé não existe sozinho... ».

« ... o bebé e a sua mãe constiuem uma unidade psíquica... »

Winnicott

I - Enquadramento teórico

1- A psicanálise e a interacção mãe-filho

A experiência de ter um filho é marcante na vida de qualquer mulher, passando a ser o nascimento de uma criança um acontecimento com uma grande interferência de múltiplos factores somáticos, emocionais e relacionais que se interpenetram. Durante o período de gestação são trabalhadas internamente algumas questões que se prendem com os futuros papéis a desempenhar. Nesta fase sobretudo no final da gravidez, surge geralmente a adaptação do bebé fantasmático e do bebé imaginário ao bebé real.

O bebé fantasmático, segundo Lebovici (1983) é um bebé arcaico, interno que acompanha a mãe na fantasia desde a sua própria infância e é responsável pelo cuidar, contribuindo para a representação do novo bebé; o bebé imaginário é construído em sonhos com as vivências ao longo da gravidez, também inconsciente e o bebé real, aquele que está ali presente a necessitar de receber todo o envolvimento afectivo materno e paterno. Assim o bebé que é vivenciado no período neonatal resulta da adaptação e do confronto das representações mentais que a mãe reconstuiu ao longo da sua vida e com maior intensidade na gravidez originando uma reelaboração da representação do seu bebé (Ammaniti, M.1991).

Para D. Stern (1991) o modelo de representações maternas não se baseia somente nos conceitos psicanalíticos de fantasias maternas, bebé fantasmático, identificações projectivas, mas também nas teorias de vinculação. O Bebé surge assim do funcionamento psíquico interno da mãe,

sendo as preocupações da mãe traduzidas por uma série de discursos que relacionam as experiências internas com as externas, sendo um o discurso da mãe com a sua própria mãe, outro o discurso com ela própria enquanto mãe, outro com o seu bebé e outro com o pai do bebé. As representações maternas influenciam assim os processos de interacção mãe-filho, sendo a regulação da interacção atingida através da complementaridade, reciprocidade e sincronia emocional (Stern,D.,2002).

Esta capacidade que as mães têm de se envolverem emocionalmente com os seus filhos recém-nascidos, não se aprende com palavras, nem vem nos manuais. Segundo Winnicott (1999, 2002) o que é mais importante para uma criança são as vezes que a sua mãe age sem pensar e não as raras vezes em que pensa primeiro antes de agir. Estas competências são únicas e individuais daquela mãe com aquele filho, não existindo dois bebés iguais, nem duas mães iguais, nem a mesma mãe é igual com cada filho. Assim a relação constrói-se com capacidades intuitivas, de segurar, de olhar, de tocar, de cantar, de cheirar. O “holding” implica sensibilidade da mãe aos cuidados nas rotinas do dia-a-dia assim como no relacionamento e estimulação sensorial ajudando à integração; permite que o bebé desenvolva a continuidade do seu self partindo da segurança que a mãe lhe proporciona. É com este conhecimento intuitivo que ela se entrega na relação e a quem o bebé se liga. A compreensão e interpretação dos sinais do bebé permitem à mãe criar a resposta adequada, satisfazendo o bebé e satisfazendo-se também a si própria. A mãe é sensível às suas necessidades fisiológicas conseguindo interpretar o seu choro, os seus esgares de desconforto, assim como desencadear o seu sorriso interactivo (final do 1º mês) e manter o olhar atento. O “holding” é esta capacidade que a mãe possui de se adaptar às necessidades do bebé , a identificar-se com ele sem perder a sua identidade. Esta sensibilidade quando surge de uma forma satisfatória favorece os processos de maturação. Para Winnicott (1993) é o meio ambiente que transmite segurança á criança e permite que ela se desenvolva, se a relação for consistente, transmite estabilidade e fará com que a criança se sinta segura. A interrupção dos processos de maturação pelo facto da criança não ter sido suficientemente bem segura por terem tido para com ela comportamentos

pouco adaptados às suas necessidades, provoca no bebé dificuldades no processo de desenvolvimento da personalidade. Winnicott (1993) cita um poeta Lovelace que escreveu :

Muros de pedra não fazem uma prisão,
Nem barras de ferro uma jaula.

Para além do “ holding” Winnicott (2002) descreve outro processo, o “handling”, podendo traduzir-se como manipular; influencia o seu estado de sono/ vigília , a atenção e a sua organização. Os cuidados que a mãe tem para com o bebé, a alimentação que se desenvolve como uma forma de comunicação é como se fosse “uma canção sem palavras”. Para Winnicott(1999) o desenvolvimento da criança é contínuo, certos estádios consolidam os seguintes ou por vezes regressa-se a um estádio anterior e progride-se posteriormente. Winnicott dá-nos o exemplo da importância dos bebés que gostavam de tomar banho em bebé e mais tarde terão prazer em tomar banho e nadar e mergulhar no mar.

Outros autores que se debruçaram na interacção mãe-filho e vulnerabilidades das primeiras interações foram Marshall Klaus e John Kennell, introduziram o conceito de “bonding” (ligação da mãe ao filho) dando importância ao comportamento instintivo e aos primeiros períodos de interacção logo após o nascimento “período sensitivo”(Klaus, M. & Klaus, P. 1989; Kennell, J.H. & McGrath, S.K. 2003).

O “bonding” precede e tem primazia sobre a vinculação. A mãe organiza através de processos mentais o seu objecto de relação, dando lugar a um investimento inicial do sujeito pelo objecto. O “bonding” e a vinculação constituem uma relação complementar e criativa e, ao mesmo tempo, uma identificação recíproca por complementaridade (Lebovici, S & Soulé, M ,1970, Lebovici,S.1983; Matos, A, 2003,2004). Os contactos iniciais entre mãe-filho quando incentivados e prolongados num contacto ocular e táctil, pele com pele proporcionam maior adaptação social e conseqüentemente uma maior adaptação da mãe às suas funções maternas e uma conseqüente estruturação do narcisismo primário da criança. Por outro lado quando o recém-nascido é

separado da mãe precocemente surgem sinais de imaturidade e instabilidade, assim como maior morbidade (Matos, A.C. 2002).

A relação mãe-filho construída durante o primeiro ano de vida é determinante para o futuro desenvolvimento social da criança (Matos A. C. 2002). Os bebês na fase neonatal tem uma predisposição biológica para a interação, no fim do terceiro mês e começo do quarto mês o bebê já possui um repertório considerável de expressões faciais, mantém o olhar e produz vocalizações (Stoléru colaborador in Lebovici, S.1983; Brazelton & Greenspan2003). Quando o contacto ocular não ocorre, e o bebê desvia o olhar, como reacção a baixa ou elevada estimulação, podendo esta ser intrusiva e controladora, sendo um sinal de desprazer. Quando isto ocorre muitas vezes interfere com o padrão de interação . Se o cuidador for ansioso, deprimido ou negligente nesta situação poderão ser limitadas as experiências sociais do bebê (Brazelton, Koslowski and Main 1974; Klaus, M. & Klaus, P. 1989; Stern 1991).

Para a corrente interaccionista Bateson e o grupo de Palo Alto e Lebovici em Paris a patologia surge no contexto da interação recíproca. Segundo estes autores as dificuldades não surgem de um ou de outro actor mas sim da relação por eles construída.

O modelo de interação mãe-filho realiza-se numa sequência de trocas recíprocas (Lebovici,S.1983Pode dar-se como exemplo um bebê que tenha hipotonia, pode ser visto como um bebê gratificante para algumas mães, mesmo se ele exige mais atenção, mas para outras mães mais cansadas, este bebê não as gratifica. A identificação e a contra identificação têm aqui um papel fundamental na qualidade da interação e na sincronia mãe-filho (Brun 2003).

É importante destacar o trabalho de Fraiberg, S., Adelson, E & Shapiro, V. "Ghosts in the nursery" (1976) sobre o impacto dos conflitos maternos nas percepções que as mães tem dos seus filhos, as projecções e as distorções das características das crianças influenciam a interação. Esta intervenção na díade através de psicoterapias breves inspirou outros psicoterapeutas como C. Robert-Tissot, Bertrand Cramer, Daniel Stern, Sandra R. Serpa, Jean-Pierre Bachmann, F. Palacio-Espasa, D. Knauer, M. Muralt, C. Berney & G.

Mendiguren (1996), num trabalho com díades mãe-filho com perturbações funcionais e problemas de comportamento (perturbações alimentares e do sono, agitação, dificuldades de adaptação às mudanças com gritos frequentes e dificuldades na interação nas separações e na vinculação), com idade inferior a 30 meses. As díades eram seguidas no máximo em 10 sessões sendo avaliadas antes de iniciarem o tratamento e posteriormente após 6 meses da última sessão. Verificaram que as interações díadicas eram mais harmoniosas as mães tornaram-se menos intrusivas e as crianças mais cooperativas, reduzindo os sintomas apresentados. A confiança das mães também aumentou. Com este estudo quiseram demonstrar que uma intervenção atempada produz efeitos consideráveis.

2 - A teoria da Vinculação

“...os laços afectivos são independentes da necessidade de alimentação...”

“... as primeiras vinculações embora fundamentais á sobrevivência rapidamente se tornam formas de comunicação que organizam todo o desenvolvimento....”

Bowlby

Nos anos 40 Bowlby, psiquiatra Inglês, trabalha na Tavistock Clinic em Londres com crianças e jovens privados de figura materna . Bowlby tinha formação psicanalítica mas desperta para as teorias etológicas e sente influências das teorias de Lorenz sobre o “imprinting” e mais tarde integra as teorias sistémicas e da biologia evolutiva (Bretherton 1991).

Bowlby desenvolve a teoria da vinculação, acreditando que a ansiedade de separação ocorre na ausência de uma figura de vinculação, mãe ou cuidador. Esta emoção é diferente da hostilidade e da agressividade que ocorre quando as crianças são rejeitadas pelas figuras de vinculação, também é diferente do medo que pode surgir quando o meio envolvente é adverso.

Em “Attachment and loss” Bowlby desenvolve uma trilogia de livros onde trata as causas do comportamento de vinculação mãe-filho assim como a sua

funcionalidade e as variáveis em jogo, intrínsecas ao indivíduo e externas, relacionadas com o ambiente. A vinculação serviria para garantir a sobrevivência através da alimentação uma vez que o bebé humano é dependente (teoria do impulso secundário), por si só esta razão é insuficiente tendo sido proposta uma outra função a protectora contra os perigos externos. Murphy citado por Bowlby (1969) sugere ainda uma outra função e que apela ás competências de aprendizagem do bebé humano, assim o bebé vinculava-se à mãe pelas oportunidades de aprender com ela as competências necessárias à sobrevivência. Bowlby de todas estas funções prefere a protectora uma vez que a vinculação não surge de imediato após o nascimento mas sim de uma forma crescente, ao longo do desenvolvimento. A partir das 14 semanas já tem preferência pelo rosto a mãe (Bowlby 1969) , nos estudos com díades Ugandesas realizadas por Ainsworth (1964), citada por Bowlby (1969), os bebés com 18 semanas não desviavam o olhar do rosto da mãe. No bebé humano o comportamento de vinculação é crescente até por volta dos 3 anos altura em que o bebé já sente segurança para se afastar ou ver afastar a mãe e saber que volta a reunir-se mais tarde com ela e entretanto parte à exploração do meio. Assim é insuficiente descrever os comportamentos de vinculação apenas como comportamentos para alcançar e manter a proximidade. O comportamento de vinculação poderia ser chamado de sistema regulador de segurança, tornando-se numa forma de manter o sujeito em situações de risco reduzido proporcionando uma baixa ansiedade e um aumento da sensação de segurança (Bowlby, 1969), sentindo-se seguro parte à exploração do meio.

As perturbações da vinculação marcadas pela ambivalência ou evitamento originam consequências na imagem que a criança constrói de si própria e do seu meio sendo no quadro destas relações que a criança constrói as representações mentais de si e dos outros na relação (MOI) modelos operantes internos (Brun, C., 2003).

Os Modelos Operantes Internos e a organização das estratégias de vinculação

Segundo Bowlby citado por Bretherton & Munholland (1999) durante a infância o bebé é capaz de interiorizar as interacções nas quais participa com as figuras de vinculação. É a partir destas trocas que constrói os seus modelos de relação. São modelos concebidos como operantes do si e do outro, figura de vinculação, servindo para regular, interpretar e prever as suas relações interpessoais. Estes modelos organizam o indivíduo, não só nos contextos de relações afectivas mas também nas interacções interpessoais nos sucessivos estádios de desenvolvimento ao longo da vida. Esta continuidade depende do tipo de vinculação que se forma, segura ou insegura, no caso da vinculação ser insegura constrói-se uma fixação com padrões rígidos repetitivos, originando comportamentos sociais estereotipados, por outro lado as vinculações seguras proporcionarão uma construção e reconstrução dos relacionamentos sociais, criando relações enriquecedoras e complexas (Talbot & Mc Hale, 2003). Mas estes modelos embora sejam relativamente estáveis, podem mudar consoante a relação também sofre modificações, nos casos de vinculações seguras em que o stress ou outro factor como a depressão materna ou doença mental da mãe podem alterar o modelo referencial mudando e reconstruindo um novo modelo, adaptando-se à nova situação e aprendendo a lidar com os novos padrões. (Bowlby, citado por Bretherton & Munholland 1999).

Bowlby inspira-se nas teorias piagetianas da acomodação e assimilação para o desenvolvimento dos MOI, modelos operantes internos, assim numa primeira etapa o modelo faz um ajustamento às experiências vividas de modo a constituir-se, numa segunda etapa as novas experiências são assimiladas ao modelo existente embora a correspondência não seja exacta. (Bretherton & Munholland 1999) No caso referido anteriormente em que a criança muda de meio é importante que o MOI seja actualizado para fazer face às alterações do meio. Esta adaptação faz-se de forma progressiva, podendo no entanto surgir obstáculos, nomeadamente a organização defensiva do sujeito. A esta situação Bowlby chamou "exclusão defensiva". Trata-se de uma defesa contra a tristeza e angústia preservando-se de experiências demasiado dolorosas não

tratando as informações incómodas e excluindo-as do sistema de representações.

Segundo Canavarro (1999) este modelo criado por Bowlby não fornece a informação explícita sobre os mecanismos mediadores da sua construção e o desenvolvimento da psicopatologia. Rutter citado por Canavarro (1999) considera que o modelo original tem os seus limites tendo dificuldade de explicar as relações de vinculação ao longo do ciclo de vida. Outros autores como Bartolomew (1998) estudaram essa integração na vida adulta e a organização cognitiva ao longo do ciclo de vida foi estudada por Main (1991) e Grossman & Grossman (1991).

Nos início dos anos 50 Mary Ainsworth, trabalhando na área da psicologia do desenvolvimento em Toronto, junta-se a Bowlby em Londres e nesta altura incrementa e desenvolve de uma forma mais sistemática a actividade de investigação com observação de díades mãe-filho. Entretanto Mary Ainsworth vai viver para o Uganda e começa a estudar o comportamento das díades mãe-filho Ugandesas. Ainsworth, descobre no decurso dos seus estudos sobre interacção mãe-filho três diferentes níveis de vinculação: a vinculação segura , a vinculação insegura e a não vinculação. Muda-se posteriormente para Baltimore mantendo correspondência com Bowlby e continuando a observar e investigar díades . Nesta altura introduz a Situação do Estranho (ASS, Ainsworth Strange Situation, Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) - situação laboratorial em que a criança por volta dos 12 meses é confrontada com a ausência da mãe e a presença de um estranho, seguindo-se passado uns minutos o reencontro com a mãe, observa-se o tipo de reacção á separação no momento em que fica sozinha com o estranho e no reencontro. Trata-se de uma situação laboratorial com sete fases umas de aproximação outras de separação. Da análise dos observadores podem-se encontrar três tipos de padrões de vinculação: -B seguro - "secure";

-A inseguro evitante "avoidant" ;

-C inseguro ambivalente " ambivalent " (Solomon, J and George, C. ,1999 e Main, Mary 1991)

Com os antigos alunos de Ainsworth surgem três grandes grupos de investigadores, os que se destacam nas áreas da psicopatologia da criança e psicopatologia do adulto com estudos numa perspectiva psicodinâmica (Main, Bretherton, Cassidy, Crittenden, Kobak, Waters, Grossmann), outro grupo na área do desenvolvimento da vinculação ao nível das relações sociais (Hazan Shaver e Bartholomew) e ainda outros nas áreas dos sub-sistemas parentais, relacionamento de casal, transmissão intergeracional da vinculação (Jay Belsky. Byng-Hall, van Ijzendoorn, Stevenson-Hinde) ligando a teoria da vinculação às teorias sistémicas e familiares.

Mary Main é discípula de Ainsworth, destacando-se na teoria da vinculação por estar na origem da escala Adult Attachment Interview. (AAI; George, Kaplan, & Main, 1985). Segundo Main (1991) este instrumento permite classificar as representações mentais das experiências precoces da infância. Trata-se de uma entrevista estruturada com 15 questões em que é solicitado ao sujeito que se lembre de episódios da sua relação com os seus pais. Esta avaliação permite medir os padrões de vinculação adulta classificando-as tendo em conta a coerência do discurso, relacionando os acontecimentos passados com outros aspectos presentes. Aos comportamentos do adulto na AAI podem ser associados comportamentos da criança na Situação do Estranho (Marvin, 2003 in Erdman & Caffery, 2003). Assim surgem vinculações autónomas/seguras sendo associadas à classificação de vinculações seguras quando os filhos são avaliados na Situação do Estranho; ansioso tem filhos ambivalentes; desapegados apresentam filhos evitantes e indecisos, tem filhos desorganizados / desorientados. Este padrão desorganizado, só foi acrescentado mais tarde à situação do estranho, tendo este instrumento tido um importante papel nos estudos feitos pelos seus seguidores. Esta incapacidade da criança para desenvolver uma estratégia organizada seria devida à impossibilidade de encontrar protecção junto da figura de vinculação. (Marvin, Robert S., 2003).

Patrícia M. Crittenden (1995) outra seguidora de Ainsworth estuda o papel da sensibilidade no desenvolvimento da vinculação e descreve-o como sendo a capacidade que os pais possuem para descodificar os sinais da criança,

implicando uma capacidade de resposta face a essas necessidades. P. Crittenden (2004) descreve a sensibilidade como um constructo diádico, considerando a sensibilidade como um padrão de comportamento do adulto que satisfaz a criança, aumenta o seu conforto e reduz a sua ansiedade. O adulto é assim capaz de responder às características únicas da criança. A responsividade e a reciprocidade experimentada na interacção mãe-filho dão segurança à criança e são promotoras de desenvolvimento.

3 - Psicossomática da 3ª geração e interdisciplinariedade - a teoria da Vinculação e a psiconeurobiologia

" O doente – como todo o desvalido (de que é paradigma o bebé) – é um ser frágil, em desamparo; com diversas carências (físicas, afectivas, sociais) mas também é ao mesmo tempo, um indivíduo sensível competente e adequadamente apelante." António Coimbra de Matos

Para A. C. Matos (2003 b) a psicossomática de terceira geração é fundamentada na contingência e harmonia dos apelos e necessidades daquele que está doente ou apresenta um risco de perder saúde. A nova geração de estudos da psicossomática tem estudado os diferentes aspectos do indivíduo, as suas forças, sensibilidade e desenvolvimento em relação com as suas dificuldades e necessidades em situações de risco e fragilidade. A intervenção terapêutica implica a necessidade de responder de uma forma atempada e adequada às necessidades específicas de cada indivíduo. A psicossomática de terceira geração, implica um olhar com múltiplas dimensões e a noção de interdisciplinariedade.

A repressão da expressão dos afectos tem sido um importante factor etiológico na patologia psicossomática, estando na base dos conceitos de alexitimia (

Nemiah e Sifneos 1970 citados por Scheidt, C. A. & Waller, E. , 2002). A estrutura da personalidade é caracterizada pela dificuldade em exprimir as emoções. Estas pessoas perderam as funções que fazem a ligação entre processos psicológicos e fisiológicos com perda da expressão da fantasia centrando-se na realidade externa (Lesser e Marty, 1981 citado por Scheidt, C. A. & Waller, E., 2002). Outros autores relacionam a alexitimia com os estilos de coping , correspondendo aos alexitimicos um coping repressivo por oposição estilo de coping sensitivo (Byrne, 1961; Weinberger, 1990; weiberger et al, 1979, citados por Scheidt, C. A. & Waller, E., 2002).

Na perspectiva da teoria da vinculação a realização a expressão dos afectos promove a relação de vinculação. Pais sensíveis aos sinais da criança são mediadores da expressão dos afectos e da experiência (Cassidy, 1994 citada por Scheidt, C. A. & Waller, E., 2002). Num estudo, em que se criou uma situação de jogo entre mãe e filho, Escher-Graub & Grossmann, 1983 citados por Scheidt, C. A. & Waller, E. (2002), encontraram mães com padrões seguros de vinculação davam suporte aos filhos quando estes entravam em situação de tensão, mães com padrões inseguros-evitantes só estabeleciam contacto no brincar quando a criança estava satisfeita e viravam as costas quando ela entrava em tensão. Os padrões de vinculação inseguro-evitante proporcionam menos suporte do que os seguros. Os padrões seguros toleram melhor as emoções negativas e lidam melhor com elas.

Maunder, R.G. & Hunter, J.J. (2001) numa investigação recente consideram que os padrões de vinculação insegura estão associados ao maior risco de desenvolvimento de patologias somáticas através de três mecanismos : incrementam a susceptibilidade para o stresse, alteram e incrementam a utilização de reguladores externos afectivos (aumento de consumos de substâncias e alimentação) e alteram a utilização factores protectivos de vinculação (nomeadamente o suporte social).

A aplicação dos conceitos da teoria da vinculação aos métodos da intervenção em psicossomática ainda é incipiente, no entanto na investigação destaca-se um grupo de investigadores que se revelou na década de 90 século XX e

relacionou as teorias de vinculação e neuropsicofisiologia : Pipp-Siegel, S , Siegel, Clifford H. & Dean, Janet, 1999 e Schore, Allan N. 2001a , 2001b, 2002. As recentes descobertas do funcionamento cerebral, com as ressonâncias magnéticas funcionais e a observação dos padrões de organização e desorganização nas díades mãe-filho, deram também grande contributo a estes estudos (Main, 1999) . Neste grupo de estudos os aspectos biológicos interpenetram no psicológico e relacional inserindo a teoria da vinculação numa perspectiva de inter relação entre as diferentes dimensões.

Nesta perspectiva de modelos que incorporam mecanismos psiconeurobiológicos, Allen Shore , (2001 a) relaciona as teorias da vinculação, comunicação e neurociências. Estes autores estudam a eficiência do hemisfério direito e suas conexões com o sistema límbico, concluindo estarem estas estruturas cerebrais associadas à adaptação do indivíduo às mudanças do ambiente. Segundo Shore (2001 a) o desenvolvimento do hemisfério direito cerebral tem profundas ligações ao sistema límbico e sistema nervoso autónomo e como consequência está directamente ligado à organização das respostas do sujeito face ao stress. Deste modo as relações afectivas facilitam o desenvolvimento das capacidades da criança enfrentar diferentes situações. Neste modelo Shore (2001 a) sugere que a capacidade de adaptação às situações novas e de stress, inerentes às interacções humanas, pode ser definida como a expressão precoce de estratégias flexíveis, sendo estas comandadas pelo hemisfério direito. Estas capacidades iriam condicionar o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. Shore (2001 b) continua este trabalho ligando-o às relações afectivas traumáticas, nomeadamente ao impacto negativo que estas podem ter no desenvolvimento cerebral.

Um complexo modelo de desenvolvimento do Si tendo por base a integração das ciências neurobiológicas e do desenvolvimento permite assim dar um novo contributo à teoria da vinculação. Na altura do nascimento o bebé ainda não está completamente equipado com as características psicobiológicas necessárias à interacção. Estas características são produto da maturação do sistema cérebro/mente/corpo e só se desenvolvem se existirem condições

ambientais óptimas (Shore, A. 2002). Segundo este autor os dois primeiros anos são essenciais para que o cérebro seja alimentado com as interacções afectivas precoces.

Pipp –Siegel (1999) revela no seu trabalho uma possível contribuição dos sintomas ou lesões neurológicas nos padrões de vinculação desorganizado/desorientado. Refere que estes padrões foram encontrados em situações de Autismo e Paralisia Cerebral, onde aparecem sintomas como alterações do tónus (hipotonia, hipertonia), estereotípias motoras e tics.

Marshall Klaus e Jonh Kennel citados por Solomon J. (1998) desde os anos 70 que se tem debatido por defender um melhor acolhimento para a grávida, com o papel das doulas (Kennell, J., Klaus, M. et al 1991) e posteriormente para a mãe e recém nascido com o contacto pele a pele(Kennell, J.H. & McGrath 2003) . Foram os principais percursores do contacto pele a pele logo após o nascimento e o seu impacto no prolongamento e na duração da amamentação, sendo marcante o contacto pele a pele mãe-filho nas primeiras horas em que o bebé vem equipado para se relacionar com a mãe num estado de alerta significativo (Klaus, M. 1998). Nesta primeira troca interactiva mãe-filho ocorrem trocas muito importantes , a mãe toca no filho, olham-se olhos nos olhos, o bebé responde ao olhar da mãe, a mãe fala-lhe, o bebé responde com alguns movimentos ténues da cara, a mãe reage com transformações hormonais ao nível da prolactina e da oxitocina, produzindo-se uma sincronia entre mãe e filho sendo o primeiro passo para a vinculação . Interessaram-se pela melhoria dos cuidados prestados nas enfermarias , não separando a mãe do filho, com uma especial preocupação pelo envolvimento emocional tendo em conta as vulnerabilidades e as necessidades dos pais e do recém nascido, assim como das suas competências para desenvolver a relação mãe-filho. As situações mais complexas acontecem nas unidades neonatais com recém nascidos pré-termo ou de termo com patologia associada sendo muito importante aí o trabalho necessário para facilitar um maior envolvimento e vinculação fomentando os técnicos a participação parental nas tarefas de alimentação e higiene e maior informação sobre a estimulação adequada.

Kennell, J.H. & McGrath S.K. (2003) refere-se a um estudo de investigação muito rigoroso, com outras culturas, realizado na Rússia por Bystrova K. sobre a importância de se introduzirem nas práticas perinatais o contacto precoce pele a pele, em que o bebé mal nasce é colocado ao colo da mãe favorecendo o contacto táctil a regulação da temperatura do recém nascido e a estimulação da amamentação ao peito. Neste estudo encontraram-se vantagens para a criança diminuindo o “stress do nascimento” e para a mãe estimulando a produção do leite. Estes autores encontraram também diferenças na relação mãe-filho, o grupo de mães que tiveram este contacto directo 30 minutos após os seus filhos nascerem comunicavam mais com os seus filhos. Segundo este autor uma equipa de investigadores suecos investigou as vantagens da amamentação precoce nos mecanismos de absorção alimentar e na coordenação do metabolismo verificando que a estimulação do nervo Vago estimulava uma vasta rede de hormonas gastrointestinais quer na mãe quer no bebé.

Um grupo de autores francófonos tem desenvolvido trabalhos na área das perturbações das interacções mãe-filho e a sintomatologia somática, Guedeney A. & Kreisler L. (1987) referem as alterações que a hiper estimulação e a ansiedade podem provocar perturbações dos ritmos do sono levando a estados de tensão no bebé. Kreisler, L (1991) refere ainda que momentos de interacção quer sejam de excitação quer sejam de insuficiente estimulação provocam interacções disfuncionais originando reacção somática da parte do bebé.

Kreisler e Cramer citados por C. Brun et al (2003) definiram as bases clínicas do campo de trabalho que são as perturbações funcionais do bebé, destacando-se as perturbações do sono, da alimentação, os refluxos gastro-esofágicos e as perturbações do comportamento (bebé agitado, sonolento ou pouco reactivo, bebé com dificuldade em se acalmar, com dificuldade em adaptar-se às mudanças).

A Escola de Génève com Cramer e Palácio-Espasa (1993) citados por C. Brun et al (2003) preocupou-se com os conflitos e cenários construídos pelas

projeções que as mães trazem para a relação com os seus filhos. Estes autores encontraram na intervenção psicoterapêutica com os pais uma boa resposta de intervir nas perturbações da relação. Para Lebovici (1983) citado por C. Brun et al (2003) qualquer intervenção terapêutica passa pela escuta e observação da interacção mãe-filho. Para este autor é fundamental escutar os pais a falar deles mesmos, da sua família, do seu passado, das suas projecções no bebé; observa também as interacções mãe-filho e tenta compreender as motivações coerentes e incoerentes. A sua intervenção é feita tanto ao nível das representações mentais como dos afectos manifestados.

Tentando explicar a psicopatogenia destes fenómenos, Debray (citado por C. Bun et al 2003) refere como sendo a desorganização do bebé a induzir a sintomatologia psicossomática sendo originadas pelas dificuldades de resposta, do aparelho psíquico do bebé ainda imaturo, em responder à sobrecarga de estímulos que surgem das interacções com o ambiente e na relação com a mãe. Para Perry, B.C., Pollard R.A., Blakley, T.L.; Baker, W. & Vigilante, D. (1995) no cérebro imaturo o desenvolvimento cerebral depende de um conjunto de sistemas neurais (neurotransmissores, neurohormonas, amino-ácidos, iões,) que se organizam interagindo e interconectando com uma específica hierarquia. O desenvolvimento normal dos sistemas neurais requer padrões específicos de actividade em períodos diferentes do desenvolvimento. Estes períodos sensíveis são janelas de vulnerabilidade em que o sistema se organiza tendo em conta os estímulos do ambiente. Há diferentes períodos críticos ao longo do tempo consoante a maturação das diferentes funções. A plasticidade cerebral é diferente consoante as funções e o tempo de maturação. A experiência nos períodos críticos organiza o cérebro . A experiência stressante, traumática nestas fases influencia a organização do funcionamento cerebral e condiciona as competências futuras da criança. O cérebro responde às suas agressões por processos neurobiológicos, neuroendócrinos e neuropsicológicos. Nestas respostas incluem-se estratégias de sobrevivência. Segundo Perry, B.C., Pollard R.A., Blakley, T.L.; Baker, W. & Vigilante, D. (1995) distinguem-se duas estratégias que são a hiperactividade contínua (respostas de luta ou fuga com actividade do sistema nervoso simpático com aumento da pressão arterial, aumento da respiração, aumento do

tónus muscular e uma hipersensibilidade aos estímulos sensoriais) e a dissociação contínua (a criança que chora continuamente por dor ou desconforto e não é atendida , deixa de chorar, desenvolve um alheamento que lhe confere um grande distanciamento “ freeze”, com a falta de movimento, fica sossegada e defende-se de mais ataques a si própria.) A experiência contínua aos estímulos desagradáveis do ambiente explicam os padrões posteriores de desorganização e hiperactividade, impulsividade e hipersensibilidade a qualquer estímulo assim como a ausencia de respostas com olhar parado e assustado, sem movimento “ freeze”. Estas respostas adaptativas existem por promoverem a sobrevivência e prolongam-se quando em contextos de ambientes traumáticos em determinados períodos críticos, surgem como padrões de funcionamento dificultando a integração dos padrões normais.

Outros autores da área da neurologia referem esta importância das perturbações psico afectivas associadas às perturbações neurológicas precoces dando ênfase ao conceito de plasticidade cerebral e período sensível Mazeau, M. (2003); Pietz, J. et al (2004) e da psicopatologia Bernard Golse (2002). Segundo Isabel Brito citada por Eduardo Sá (2003) a descompensação psicossomática no bebé deve-se por um lado a perturbações da relação mãe-filho e por outro à sobrecarga devida ao excesso de estimulação na criança ainda imatura. Lebovici (1991) citado por Eduardo Sá (2003) foca a importância das perturbações precoces na interacção mãe-filho e a expressão deste mal estar psicológico através do corpo e das funções de sono e de alimentação. Se a mãe tiver sensibilidade e capacidade de protecção e reconforto não sobrecarrega o bebé de estímulos externos (ruído, frio, fome) não permitindo a sua desorganização interna.

II – Maternidade e Pré-Termo

1 - A vivência da maternidade com o nascimento antecipado

A gravidez é uma fase de forte componente adaptativa somática e emocional. É todo um corpo que se transforma dia a dia a par da adaptação psicológica com a elaboração mental do bebé.

Após um parto de termo podem surgir estados de readaptação emocional e neuroendócrina da mãe que se podem traduzir por sintomas de abatimento, cansaço e fadiga, designa-se por “blues”. Este estado é considerado benigno por ser transitório existem por vezes também sintomas psicopatológicos que permanecem mais tempo e tem maior gravidade, a depressão com tristeza marcada, irritabilidade e incapacidade para cuidar do bebé e a psicose já com presença de sintomas psicóticos delírios e alucinações.

Na prematuridade estas adaptações sofrem uma antecipação e tem características multidimensionais ligadas à mãe, ao bebé e ao meio, (Botelho T. & Leal I. 2001; Canavarro M.C. 2001). A adaptação psicológica a uma situação inesperada devida à antecipação do nascimento de um filho implica algumas interferências nas representações maternas e naturalmente na interacção que se inicia. A imagem elaborada do retorno a casa com o filho nos braços é substituída pelo vazio, pela separação do filho que fica na UCIN. Lá o seu filho para além dos riscos que corre é partilhado com inúmeros desconhecidos. Por outro lado a aparência do bebé prematuro não é favorável à vinculação. O seu aspecto pouco atraente, a cabeça grande, pele muito fina, rodeado de fios, ligado a monitores, dentro de uma incubadora, confere um distanciamento físico e por vezes psicológico de autodefesa inconsciente, questionando-se a mãe sobre a sobrevivência do bebé, redefinindo expectativas à medida que a criança se desenvolve. Também surge a impotência, delegando nos profissionais todas as tarefas e sentimentos chegando algumas mães a sentirem-se incompetentes e frustradas desvalorizando mesmo as tarefas que possam realizar. Cabe aos profissionais

dar suporte, qualificar, informar e implicar os pais nas tarefas possíveis dentro das responsabilidades que possam assumir (Klaus M. 1998).

Encontra-se também nesta fase pós-natal, com frequência sintomatologia na área afectiva e relacional associada à psicossomática (Matos A.C 2001; Cardoso, R.M. & Fonte, A.R.1994; Haynal, A, Pasini, Archinard, M.1998; Sami-Ali et al 2001). A mãe tem dificuldade em expressar e falar dos afectos, existindo uma grande dificuldade em falar sobre os seus sentimentos.

Também estão descritas dificuldades de adaptações às mudanças no seu ciclo de vida, em lidar com a própria gravidez e maternidade , sendo vivida com um grande egocentrismo com aumento da ansiedade e stress. Nesta fase de adaptação as dúvidas e ambivalências podem causar emoções disruptivas na mãe ou por outro lado originar relações simbióticas de dependência não aceitando o bebé como pessoa separada. No entanto para outras mães a maternidade tem uma representação de dádiva, de generosidade, de se descentrar de si própria tendo neste caso contornos positivos, sendo tão importantes nesta fase em que é necessário ser capaz de responder ao comportamento do bebé (Canavarro M.C. 2001).

Segundo Racamier (1961) citado por C. Brun et al (2003) a situação inesperada com o nascimento de um filho pré-termo pode ser vivida pela mãe de uma forma traumática, como uma amputação, referindo que estas mães sentem-se como se fossem amputadas da sua gravidez, ficando vazias por dentro. A maternidade surge com uma perspectiva incerta, como que suspensa pela vida do bebé que é incerta durante um período de maior risco na UCIN.

Aas causas da prematuridade são múltiplas, interdependentes e sofrendo de um efeito em cascata. Dentro dos factores biológicos, os que estão amplamente investigados pela medicina, s destacam-se: factores maternos, factores decorrentes da gravidez e factores que envolvem o feto.(Paul, M^a Constança,1992)

São considerados factores maternos:

- Pré - eclampsia (também conhecida como toxémia gravídica ou tensão arterial elevada durante a gravidez);
- doença crónica da mãe (tais como problemas cardíacos);

- infecções (tais como estreptococos do grupo B, infecções do tracto urinário, infecções vaginais, infecções dos tecidos da placenta e do feto);
- consumo de drogas (por exemplo cocaína);
- incompetência cervical (o colo do útero tem dificuldade em manter-se encerrado);
- história de anteriores partos prematuros.

Por factores relacionados com a gravidez: consideram-se:

- Funcionamento da placenta, anormal ou diminuído;
- Placenta prévia (localização baixa da placenta);
- Deslizamento da placenta (destaque da placenta do útero);
- Rotura precoce das membranas (saco amniótico);
- Excesso de líquido amniótico.

Os factores relacionados com o feto surgem quando o desenvolvimento fetal indica que o desenvolvimento intra-uterino do feto não é saudável, as gestações múltiplas são um grande factor de risco.

Embora com múltiplas etiologias fisiológicas ultimamente tem-se associado aos factores de natureza fisiológica ao estado emocional da mãe durante este período de grande expectativa, de construção de fantasias, de desejos e igualmente de receios e preocupações.

Numa perspectiva biopsicológica associando o stress materno ao sistema imunitário (infecções sobretudo do tracto urogenital, como a vaginite bacteriana associadas aos aspectos emocionais durante a gravidez) encontram-se algumas investigações (P. Wadhwa et al, 2001; J.Culhane, 2001; M. Peltier, 2003; G. Mastorakos, 2003)

Estes estudos focam o papel do stress e dificuldades do eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal em manter a homeostasia, permitindo o desencadear de infecções bacterianas que vão desencadear o parto prematuro:

- ao nível do miométrio desencadear contracções uterinas e descolamentos de placenta
- ao nível do cervix, dilatá-lo e diminuí-lo (apagamento)
- ao nível das membranas provocar a sua rotura

A nível bioquímico o aumento dos glucocorticóides e das catecolaminas, hormonas do stress , inibem a proliferação dos linfócitos, a migração da citoquinas tendo uma acção imunossupressora alterando a homeostasia neuroendócrina tendo um papel fundamental a CRH , promovendo a entrada em trabalho de parto e articulando os sistemas neuroendócrino , processo inflamatório/ s. Imunitário e processos vasculares. As citoquinas foram encontradas em concentrações elevadas nas placentas de partos pré-termo (Wadhwa et al 2001).

2- O recém nascido pré-termo

Uma criança que nasça antes das 37 semanas de gestação é considerada prematura. A percentagem actual segundo estatísticas Americanas é de 12% dos nascimentos pré-termo . O aumento nos últimos anos deve-se aos nascimentos múltiplos resultantes das novas técnicas de fertilização medicamente assistidas. Nas gravidezes múltiplas o risco de prematuridade é seis vezes maior. No entanto o nº de prematuros de gravidezes não gemelar aumenta todos os anos e cada vez sobrevivem bebés com menos semanas de gestação. Provavelmente devido à melhoria dos cuidados e assistência materna (ginecologia / obstetrícia) e cuidados perinatais, (neonatologia/pediatria) (Volpe 2000).

Os prematuros com peso inferior a 2500g são chamados de baixo peso. Quando o peso é inferior a 1500g denominam-se de muito baixo peso e abaixo de 1000g são de extremo baixo peso. Naturalmente o peso está directamente associado às semanas de gestação.

São múltiplas as situações clínicas decorrentes das características herdadas pelo bebé, adquiridas ou ainda da interacção de ambas. Desde a concepção, passando pela gravidez e parto, muitos factores estão relacionados uns actuando a um nível mais microsistémico outros a um nível macrosistémico.

Os avanços na intervenção perinatal e neonatal nas últimas décadas proporcionaram a diminuição da mortalidade nos recém nascidos pré-termo (bebês nascidos antes das 37 semanas sendo os de muito baixo peso menos de 1500g a maior preocupação das UCIN (Perlman M. & Kirpalani H., 2002).

O desafio actual não se centra com tão grande ênfase na sobrevivência de bebês cada vez mais pré-termo, mas sim na forma como sobrevivem, com ou sem sequelas no seu sistema neurológico e conseqüentemente no seu desenvolvimento global subsequente. Estas sequelas irão repercutir-se no desenvolvimento global não só a curto prazo (Amiel-Tison, 2001) as que tem maior expressão, nas situações de lesões graves com alteração na estrutura cerebral e visíveis nas ecografias transfontanelares, como também a médio e a longo prazo,(Burns, Ensbeay, O' Callaghan 1999,) referimo-nos sobretudo às situações neurocomportamentais.

Uma vasta rede neuronal com inúmeras interconecções desenvolve-se durante a sinaptogenese, a migração neuronal e a mielinização, criando e desenvolvendo diferentes padrões com repercussões no desenvolvimento. Cada indivíduo é único e tem uma especificidade própria.As condições éticas interagindo continuamente com as condições ambientais influenciam o desenvolvimento do SNC (sistema nervoso central). A função e estrutura do SNC estão assim intimamente intrincadas, (Aucott S., Donohue P., Atkins, E., Allen M. 2002) .

2-1 - Aspectos somáticos no recém nascido pré-termo

No recém nascido pré-termo a morbidade é diversa, podendo ser estes factores cumulativos o que agrava a situação clínica. São de destacar os principais aspectos somáticos :

A- Dificuldades respiratórias:

- Apneia, pausa respiratória de aproximadamente 20 segundos , (no prematuro são vulgares pausas de 10 segundos) , associada a sintomatologia de cianose ou palidez e bradicardia (Simões, ^a 2002);

- Doença da membrana hialina (imaturidade pulmonar principalmente devida à falta de surfactante nos pulmões);

-Displasia bronco-pulmonar (uma complicação decorrente do prolongamento da oxigeno-terapia, “displasia” significa crescimento anormal) segundo Hooper, S. & Harding, R. (2001);

Alguns estudos referem no entanto os efeitos colaterais da terapêutica com corticosteróides na displasia bronco pulmonar podendo esta ser causadora de lesões neurológicas, havendo necessidade do monitorizar-se a hipertensão e a glicosúria (Perlman e Kirpalani 2002).

B-Complicações neurológicas:

Hemorragia intra/periventricular – refere-se à hemorragia na zona dos ventrículos na base do cérebro, nesta etapa de desenvolvimento esta área esta muito vascularizada e quando sujeita a diferentes pressões os vasos finos rebentam provocando hemorragias com facilidade, ocasionando dilatação ventricular pós-hemorrágica. Embora a maioria destas hemorragias sejam reabsorvidas, podem no entanto deixar sequelas neurológicas (dependendo da sua extensão e intensidade, atribui-se um grau) uma vez que aqui passam vias motoras e é também nesta área que se formam as novas células cerebrais que posteriormente originam a migração celular.

Leucomalácia periventricular, lesão da substancia branca à volta dos ventrículos nos feixes de axónios cobertos com mielina que transportam a informação entre células cerebrais e a espinal medula estas lesões de

substância branca resultam de episódios hipóxico-isquêmicos, podendo ocorrer durante o primeiro ou segundo mês no recém nascido pré-termo .

A leucomalácia periventricular e a hemorragia intra/periventricular estão directamente associadas com a paralisia cerebral, – síndrome não progressivo causado por lesões no cérebro em desenvolvimento - podendo ocasionar lesões definitivas de maior ou menor grau . Segundo N. Wood , (2000), 49.4% prematuros extremos, apresentavam aos 30 meses de idade corrigida distúrbios do desenvolvimento psicomotor, disfunções neuromotoras e sensoriais e disfunções da comunicação. Outros autores, Burns, Ensbey e O' Callghean (1999) também identificaram no pré-termo com menos de 1000g dificuldades na motricidade global e fina com idades entre os 8 e 10 anos. Vohr, B. R. et al (2000) num estudo com uma amostra elevada (N=1480) com prematuros abaixo de 1000g encontraram aos 18 meses, 25% com exame neurológico anormal, 37% com atraso mental, 9% com défice visual e 11% com défice auditivo.

C- Perturbações digestivas :

- Enterocolite necronizante – processo inflamatório que pode causar lesão do intestino;

- Refluxo gastro-esofágico- é o fluxo retrógrado involuntário do conteúdo gástrico, devido à imaturidade dos órgãos não poderem conter a quantidade de leite quando está a mais é expulsa em jacto, pode ser muito alarmante e decepcionante para as mães na fase de cuidados intermédios quando estão na fase de alimentação entérica;

D-Doenças infecciosas:

- Sepsis – presença de organismos patogénicos no sangue e tecidos.

E-Retinopatia da prematuridade – sequela do excesso de exposição a elevados níveis de oxigénio, através da fibrose dos tecidos da retina e dos vasos sanguíneos, os graus 1e 2 tem hipótese de regressão espontânea em 85 a 90% dos casos, o grau 3 pode causar enfermidade grave nomeadamente cegueira,(Perlman, Kirpalani, 2002);

F - Icterícia:

Hiperbilirrubinemia – anormal aumento de bilirrubina em circulação no sangue resultando em icterícia

Kernicterus ou encefalopatia bilirrubínica - a bilirrubina penetra no cérebro, adquirindo este coloração amarelada. As áreas mais afectadas são os gânglios basais, diversos núcleos de nervos cranianos, do tronco cerebral, do cerebelo, hipocampo e células do corno anterior da espinhal medula. Tem como consequência atetose (incoordenação dos movimentos), surdez neuro-sensorial, limitação do olhar, displasia dentária e deficiência intelectual ,(Simões, A. 2002).

G - Distúrbios metabólicos:

Hipoglicémia – níveis anormais de baixas concentrações de glicose no sangue

2-2- Aspectos neurocomportamentais e relacionais no pré-termo

Na interacção mãe-filho pré-termo encontramos múltiplos factores etiológicos, como já foi referido anteriormente, aqui as perturbações psicossomáticas podem tomar maiores dimensões na sua expressão, relacionados com a situação biológica dos bebés muito imaturos, ou secundariamente com as perturbações afectivas dos pais como resposta a esta situação, ou com as sequelas deixadas pelo ambiente adverso da UCIN como veremos a seguir.

A maioria dos estudos encontrados referem como as alterações somáticas e a vulnerabilidade biológica inerente à prematuridade jogam um papel determinante na interacção precoce referindo ainda a forma como pode ser incrementada a prevenção de sequelas com a melhoria dos cuidados nas unidades de neonatologia.

As interacções com crianças prematuras são mais penosas para os pais, pois estas crianças tem comportamentos inerentes ao seu estado de fragilidade física que não favorecem a interacção (Brazelton & Cramer, 1989). O choro persistente e a dificuldade em se acalmarem, as dificuldades com a regulação do sono /vigília e de alimentação são factores perturbadores (Goldeberg e Als citado por Brazelton & Cramer, 1989).

Segundo Mazet & Stoleru (2003) não se pode descrever um único padrão de reacção dos pais ao nascimento de uma criança prematura. Existem vários factores que estão interligados, a personalidade individual de cada pai, a sua relação de casal e a atitude dos serviços de apoio e suporte parental, nomeadamente os serviços de neonatologia. No entanto é possível tipificar algumas situações; as mães podem sentir uma ferida narcísica pela impossibilidade de terem levado ao fim a gravidez, podendo por isso confirmar os seus fantasmas de castração (bebé inacabado). Podem viver ainda o sentimento de culpabilidade quando se sentem responsáveis pelo que aconteceu.

Outros estudos comparativos baseados na teoria da vinculação com díades mãe-filho pré-termo com deficiência neurológica referem que padrões de vinculação insegura surgem com maior frequência nestas díades (Clements, M., Barnett, D. 2002; Brisch KH, Bechinger D., Betzler S., Heinemam H., 2003). Figueiredo, B. (2001) cita vários autores (Bakeman & Brown, 1980; Crawford, 1982; Crinin et al., 1983; Divitto & Golberg, 1979; Field, 1977,1980; Lester et al., 1985; Watt, 1986; Zarling et al., 1988) com estudos na área das interacções mãe-bebé pré-termo que referem como sendo estas interacções menos conseguidas do que as de termo.

Também Cox, S., Hopkins J. e Hans S. (2000) encontraram no seu estudo com díades mãe- pré-termo aos 19 meses, com deficiência neurológica, padrões de vinculação desorganizada.

O estudo realizado tendo por base a teoria da vinculação e as representações maternas com prematuros de Cox, Hopkins & Hands (2000) chegou à conclusão que os padrões de vinculação insegura encontrados nos prematuros não se devem só ao risco neonatal, mas também às representações maternas. Este estudo é único com prematuros, pois não se concentrou no risco biológico, mas nas representações das mães, dos seus próprios padrões de vinculação do passado e do presente. Os resultados encontrados sugerem que as representações maternas em relação à criança predizem significativamente a vinculação segura, mas o mesmo não acontece com os prematuros com Hemorragia intracraniana, nem com a história da infância da

mãe. Estes resultados sugerem que os factores maternos são mais importantes que os factores ligados á criança na determinação da vinculação segura.

Nos Estados Unidos da América para Greenspan citado por De Gangi G, Craft, P. e Castellan, J. (1991) as crianças no 1º ano de vida com desorganização do comportamento adaptativo, com dificuldade de adaptação aos estímulos sensoriais, respondendo com padrões de hipersensibilidade, curtos períodos de atenção, fatigam os pais podendo ser descritas por estes como difíceis e irritáveis. Por vezes estes pais apresentam perturbações do sono secundárias a estas disfunções. Uma abordagem centrada na família com intervenção directa junto da criança , dos pais e da relação mãe-filho tem sido frequentemente defendida pelos autores da intervenção precoce.

3 - A UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O ambiente na Neonatologia é desconfortável e causador de stress para o bebé e sua família (Wadhwa et al 2001), não só pelas patologias induzidas pela prematuridade como se referiu anteriormente, como também pelos vários procedimentos inerentes aos cuidados que são dolorosos e desconfortáveis (American Academy of Pediatrics and Canadian Paediatric Society, 2000).

Os aspectos relacionados com o posicionamento, por vezes em extensão forçada, os níveis sonoros de alarmes elevados, luz em excesso, manipulações não agrupadas são todos desaconselhados (Amiel-Tison, 2001) e constituem estimulações excessivas que provocam dor e stress com repercussões no favorecimento e agravamento das lesões neurológicas hemorrágicas ou isquémicas com episódios de apneia e bradicárdia.

As Unidades Neonatais organizam o seu atendimento de forma a permitir a satisfação de todas as necessidades do bebé. Não vou desenvolver aqui os

aspectos fisiológicos ou somáticos implicados mas sim a sua ligação ao bem estar do recém-nascido ao seu equilíbrio homeostático assim como ao bem estar da mãe. Assim, para além dos aspectos fisiológicos e de sobrevivência física, existem aspectos de natureza socio-afectiva, da dimensão da relação mãe-bebé pré-termo , estes estão interdependentes da regularidade e de organização dos seus ritmos fisiológicos.

A integração dos pais nas Unidades Neonatais surge nos anos 80 com os trabalhos de T.B. Brazelton & S. I. Greenspan (2002) e a escola de Boston Als, Kennel , Klaus e colaboradores.

Gomes Pedro tem defendido o conceito de envolvimento e colaboração dos pais nos cuidados do recém-nascido assim como o das competências do recém nascido com a escala Brazelton (Brazelton, T. B. & Nugent, K., 1995) de avaliação do comportamento do recém nascido (B.N.B.A.S.). As mães podem aprender a identificar os sinais de bem estar assim como as situações mais difíceis e regular com a sua resposta a adaptação da criança criando padrões de organização que serão integrados em futuras respostas. Facilita também a aprendizagem de que a criança ainda imatura não consegue apreender em simultâneo muitos estímulos (os barulhos , a luz, as mudanças de posição e os cuidados que por vezes são dolorosos).

Com o desenvolvimento das tecnologias e da investigação que conduziu a uma maior humanização, actualmente os técnicos têm á sua disposição medidas contra a dor e o stress, não só de avaliação como de intervenção:

- nos berços utiliza-se um colchão especial anti-escara em gel, também se utilizam rolos que facilitam o posicionamento em flexão e promovem o conforto;
- os posicionamentos são variados dentro do possível entre decúbito lateral e decúbito ventral;
- a temperatura é mantida a 37° pois as crianças pré-termo não conseguem sozinhas atingir esta temperatura;
- a luminosidade é reduzida assim como o ruído;
- os cuidados são agrupados ao máximo evitando interrupções constantes nos períodos de repouso;
- a utilização dos adesivos é limitada e são humedecidos antes de serem retirados;

-a sucção simples ou com sacarose é utilizada para acalmar-me nos cuidados mais dolorosos;

-os carinhos, as festas, a voz, o aconchego da mão da mãe , o cheiro do seu lenço acalmam nos momentos mais difíceis o bebé.

Estas medidas estão referenciadas nas investigações iniciadas nos anos 80 por Anand et al (1987) e nos últimos anos utilizando tecnologia de avaliação mais sofisticada por diferentes investigadores Americanos e Europeus : Amiel-Tison (2001); Westrup et al (2000 e 2002); Aucott S., Donohue P., Atkins,E., Allen M. (2002); Johnston et al (2003), Als H. et al (2004). Também constam estas medidas das recomendações apresentadas pela prestigiada American Academy of Pediatrics em conjunto com Canadian Paediatric Society (2000).

Todos estes trabalhos tiveram por base as teorias da vinculação mãe-filho iniciadas por Bowlby (2002) e seguidores Ainsworth (1991), Main (1991,1999) e Grossman & Grossman (1991).

Long and Lucey citados por Goodfriend (1993) referem que o meio adverso das unidades de cuidados intensivos desencadeiam o choro e conseqüentemente a hipoxemia e o aumento da pressão intracraniana, podendo desencadear Hemorragias intraventricular. Estudos de Gorski citados por M. Goodfriend (1993), referem que as manipulações deslocadas e inoportunas podem causar episódios de bradicárdia.

M. Goodfriend (1993) encontrou numa das crianças prematuras por si acompanhadas sintomas com respostas depressivas semelhantes aos encontrados por Spitz e Wolf com crianças com privação materna .

Segundo Als citado por M. Goodfriend (1993) embora com grande vulnerabilidade e muito susceptível às manipulações o prematuro com 27 semanas já responde à interacção.

3-1 Estratégias e programas de intervenção

O ambiente da UCIN influencia o neurodesenvolvimento do bebé de uma forma mais desorganizada e com um excesso de estímulos comparando com o ambiente protegido do útero da mãe.

Actualmente existem várias estratégias que permitem humanizar as UCIN, representando todo um esforço e empenho das equipas na via do respeito e promoção da interacção bebé e família.

As teorias neurocomportamentais tem interligadas teorias de outras escolas tais como as teorias de vinculação de Bowlby (1969) e seguidores (Ainsworth, M. 1991; Main, M. 1999). que já têm em si integradas a teoria psicanalítica as teorias ecológica e sistémica, as avaliações das competências do bebé (NBAS de Brazelton teorias do desenvolvimento) valorizando o papel dos pais na identificação das competências do bebé e incentivando à sua capacidade de intervenção (teorias ecossistémicas).

Heidelise Als (1982) que trabalhou no grupo de Boston com Brazelton e Tronick formulou a teoria sinactiva que deu origem ao programa NIDCAP sendo comprovado com estudos recentes que os bebés submetidos a este programa apresentam um melhor neurodesenvolvimento ao nível do funcionamento e da estrutura cerebral (Aucott S., Donohue P., Atkins,E., Allen M.,2002; Als et al 2004). Na perspectiva neurocomportamental do desenvolvimento Heidelise Als, integra na teoria sinactiva um modelo centrado na família e nas observações e intervenções neurocomportamentais do bebé na UCIN (Aucott S., Donohue P., Atkins,E., Allen M.,2002):

Na Suécia , Westrup et al (2000, 2002, 2004); Kleberg et al (2002) tem comprovado nos estudos a eficácia do programa NIDCAP centrado na família e nas modificações de atitudes dos profissionais das equipas de neonatologia com o respectivo impacto no desenvolvimento do pré-termo.

Os objectivos principais desta nova abordagem são:

- A estruturação do ambiente da UCIN centrada nas necessidades do bebé e da sua família;
- As intervenções clínicas serem agrupadas e organizadas entre os técnicos em função dos ritmos e bem estar do bebé;
- Proporcionar o apoio aos pais, promovendo a confiança e a satisfação no seu papel, partilhando saberes e experiências

Em termos práticos estes objectivos podem ser agrupados em diferentes estratégias:

- - Modificações do ambiente – adaptando os diversos estímulos à capacidade de integração dos mesmos pelo bebé (reduzindo o som dos alarmes, diminuindo a intensidade da luminosidade, reflexão sobre a pertinência dos exames e intervenções mais invasivas);
- Posicionamentos – proporcionar o padrão postural de flexão e a estabilidade motora vegetativa através de rolos de esponja que facilitam e contem o bebé;
- Promoção do contacto pele com pele, durante momentos de alimentação e banho. Nos momentos de manipulações dolorosas e geradoras de stress, estabilizar o bebé com contenção e sucção não glicosada;
- Coordenar todos os atendimentos prestados de forma a respeitar e assegurar os ciclos de sono/vigília, favorecendo os períodos de recuperação do sono e aproveitando os momentos de vigília para a interacção sobretudo com os pais;
- Ajudar os pais a identificarem os sinais de comportamento quer de agrado, quer de desagrado de forma a participarem activamente na intervenção .

Estudos sobre a estimulação adequada para incrementar a interacção tem sido realizados com diferentes métodos: a massagem do prematuro (Field citado por M.Goodfriend 1993 , Ottenbecker KJ e col e Field citados por Gomes-

Pedro et al 1997 , contacto pele com pele o mais cedo possível (Whitelaw et al citado por M. Gooffrind 1993, Kennell, J. & Mc Grath, 2003).

Outro programa também muito divulgado é o método Canguru, originário da Colombia, promove o contacto precoce pele a pele, da mãe com o bebé, tendo tido grandes resultados na promoção da interacção mãe-filho (Tessier et al, 1998; Cattaneo, A. et al 1998, Bohnhorst, B. et al 2001, Feldman, et al 2003, Bergh, A. & Pattinson 2003) , na resposta à dor (Johnston et al 2003) e na estabilização da temperatura corporal e na diminuição do stress após o nascimento (Kennell & McGrath 2003).

Para De Gangi, Craft & Castellan (1991) a intervenção terapêutica com crianças prematuras que vêm a desenvolver ao longo do 1º ano de vida perturbações da regulação da atenção, do comportamento adaptativo e da normalização das respostas às experiências sensoriais e motoras, implica diferentes níveis de intervenção:

- Foco na intervenção com os pais de forma a facilitar as dificuldades de sono alimentação e regulação do comportamento
- Actividades de observação e intervenção directa com a criança e família promotora das interacções mãe-filho em diferentes contextos lúdicos
- Técnicas de terapias de integração sensorial (vestibular, táctil, proprioceptivo, auditivo e visual) que são promotoras da organização da atenção, dos comportamentos adaptativos e normalizadores das respostas às experiências sensoriais (DeGangi, G. 1991)

Esta intervenção implica um modelo centrado na família, proporcionado por uma equipa de profissionais provenientes de diferentes áreas (pediatra, psicólogo, terapeutas da fala e ocupacionais) funcionando numa óptica transdisciplinar em que só um ou dois intervêm directamente com a família e criança ficando os restantes como consultores e com intervenções pontuais. Pais e profissionais devem actuar em conjunto de modo a promoverem um desenvolvimento equilibrado e harmonioso do recém nascido pré-termo (Harrison, Helen, 1993).

Estes métodos entre outros tem como grande objectivo favorecer o desenvolvimento do bebé pré-termo respeitando a especificidade de cada um e ajudar os pais a melhor conhecerem o seu filho, as suas reacções e a fortalecer os laços afectivos fragilizados com estas perturbações precoces.

III – Considerações finais da revisão da literatura

Embora com bibliografia necessariamente limitada, podem-se apurar algumas sugestões importantes.

A primeira é que a resposta materna de interpretar e responder às pistas da criança, tem implicações no seu desenvolvimento, sobretudo na criança com vulnerabilidade biológica como é o caso da criança pré-termo.

A segunda sugestão refere-se ao referencial desta resposta materna, as representações maternas, a imagem interna que a mãe tem do seu papel enquanto mãe deste filho, a forma como mentalmente se adaptou e integrou esta maternidade.

A terceira prende-se com a adopção de comportamentos atentos e fornecendo estímulos adequados, permite instituir um suporte à criança com repercussões no seu neurodesenvolvimento.

Encontra-se na díade mãe-filho pré-termo uma espiral de efeitos recíprocos e transaccionais que envolvem factores biológicos, psicológicos e relacionais, intrínsecos à mãe, à criança e ao ambiente. Poder-se-ia representar esta rede de interacções como uma espiral que em equilíbrio, promove harmonia e desenvolvimento e em desequilíbrio promove perturbação e patologia.

Qualquer processo de intervenção , beneficia do incremento de forças e aspectos positivos no apoio prestado à mãe e família no sentido de melhorar as respostas interactivas.

Esta intervenção, se atempada, começando mesmo na UCIN, ajuda a promover a auto-regulação dos ritmos da criança e a promover o seu neurodesenvolvimento.

Trabalhando num Centro de reabilitação com equipas multidisciplinares para onde estas crianças são referenciadas, não posso deixar de referir a elevada idade com que estas crianças são referenciadas para estes centro pela 1ª vez. Sobretudo as situações mais ligeiras do ponto de vista motor, como as hemiparésias ligeiras ou os atrasos de desenvolvimento com perturbação neuromotora e sensorial ligeira, são menos evidentes de identificar e as famílias e técnicos têm a esperança que com a maturidade se ultrapasse a perturbação. O que acontece é que muitas vezes a perturbação alastra-se e interfere com outros contextos, cria efeitos em cascata muito difíceis de reabilitar.

IV - Metodologia

Objectivo geral do estudo

O objectivo deste estudo é explorar a forma como os factores biológicos, os factores emocionais e os factores relacionais se associam numa amostra de díades mãe-filho prematuro de muito baixo peso (menos de 1500 g) nos primeiros 4 meses de vida (idade corrigida). Tem um carácter exploratório, de avaliação, observação e registo, sendo o resultado das avaliações fornecido de imediato à equipa que acompanha a criança e a mãe, providenciando esta a intervenção o mais precoce possível em diferentes áreas quer junto da mãe, quer junto da criança ou em ambas de forma a proporcionar a saúde e bem estar para a díade mãe-filho. Para se detectarem as perturbações do desenvolvimento, sobretudo na regulação dos comportamentos adaptativos, não é suficiente a avaliação do desenvolvimento global da criança, implica fazer também avaliações das representações mentais da mãe e observar os padrões de interacção da díade.

Objectivo específico do estudo

Consiste em analisar a associação entre as representações maternas, a interacção mãe-filho, o nível de desenvolvimento da criança e os factores biológicos inerentes à prematuridade apresentada numa amostra de díades mãe-filho com peso inferior a 1500g e respectivas mães.

Num primeiro momento desta investigação é importante caracterizar esta amostra com uma análise univariada para se considerarem quais os factores biológicos e sócio-demográficos que caracterizam a amostra. Este estudo consiste numa abordagem exploratória de carácter descritivo que pretende

identificar, a sintomatologia somática dominante, as representações maternas dominantes nas mães de crianças pré-termo de baixo peso , quais os padrões de interacção que estabelecem com os filhos e o nível de desenvolvimento predominante nos recém-nascidos pré-termo no período neonatal.

Numa segunda fase efectua-se uma análise factorial das correspondências, para se verificar ou não as associações entre factores biológicos e sócio-demográficos e as representações maternas, as interacções e o desenvolvimento.

Pretende-se ainda analisar a existência de forte associação entre as diferentes dimensões das representações maternas, os padrões de interacção e os níveis de desenvolvimento da criança e as variáveis biológicas e sócio demográficas.

Numa terceira fase pretende-se construir dois grupos de crianças com vista a criar-se uma variável que identifique maior e menor vulnerabilidade biológica nas 25 crianças em estudo, através da análise de clusters , tendo com objectivo criar dois grupos que se opõem em relação aos factores biológicos. Caracteriza-se assim os factores que caracterizam os dois grupos e as variáveis que estão associadas á vulnerabilidade biológica. Analisam-se assim os factores das outras variáveis associados a esta vulnerabilidade biológica, através da análise de clusters comparando dois grupos e analisando os factores que tem associação face à variação da vulnerabilidade biológica. Estabelece-se assim a extensão da severidade das complicações médicas iniciais e sua associação às representações maternas, interacção e desenvolvimento.

Hipótese geral

Existe associação significativa entre a menor vulnerabilidade somática e as representações maternas mais ricas e prazerosas, interações sensíveis e os níveis mais elevados de desenvolvimento do recém nascido pré-termo no período neonatal.

Amostra:

Trata-se de uma amostra de conveniência.

Recolha de informação nas consultas de neonatologia e desenvolvimento dos H. S.F.Xavier e H.D. Estefânia, através de observações e entrevistas à mãe durante o período neonatal – até o recém-nascido fazer 4 meses de idade corrigida, no período de Abril a Novembro de 2004. Foram recolhidos para a amostra 25 díades. Excluíram-se a gemiparidade, situações que envolveram cirurgias e todas as crianças que embora nascidas nestes hospitais não permaneceram nas consultas de desenvolvimento tendo sido encaminhadas para outras consultas de desenvolvimento próximo da sua residência.

Instrumentos:

São utilizados os seguintes instrumentos distintos para cada díade:

- **1ª entrevista** (consultar anexo) que avalia a sintomatologia somática e faz uma anamnese, recolhendo informação do estado de saúde e ritmos biológicos junto da mãe e na nota da alta junto do processo clínico. Esta entrevista foi construída para o presente estudo, tendo em conta as referencias teóricas anteriores.

– **Avaliação da interacção mãe-filho com dois instrumentos:**

- **Care-Index versão 2004, escala de sensibilidade (Crittenden 2004)**

Crittenden vem desenvolvendo desde a década de 80 um instrumento de avaliação das interações mãe-filho dos 0 aos 24 meses CARE – Índex. A observação da interação mãe-filho numa situação de jogo livre, em ambiente natural, é registada em vídeo durante 5 minutos. A cotação é feita a partir da filmagem, sendo codificados sete aspectos do comportamento interactivo (respeitando a idade cronológica de cada criança e o que é esperado em cada etapa do desenvolvimento) : expressão facial, expressão verbal, posicionamento e contacto corporal, afectividade, reciprocidade contingente, comportamento de controlo e escolha da actividade.

Estes comportamentos são codificados em padrões de interacção 3 para a mãe (sensível, controladora (intrusiva) e desligada) e 4 para a criança (cooperante, compulsivo, difícil e passivo).

O somatório de pontos obtido no item da sensibilidade é utilizado para pontuar na escala de sensibilidade. Esta escala de sensibilidade é constituída por 4 padrões de sensibilidade da díade partindo do mais sensível (sensível é cotado para pontuações obtidas entre 14 -11, adequado 10-7, intervenção / inapto 5-6 e alto risco 0-4). Neste estudo foram agrupados as classificações sensível e adequado por constituírem padrões de sensibilidade harmoniosos.

- - **Grelha de avaliação das interações precoces - Exame do bebé de Bur et al In: Lebovici, S., Mazet,P, & Visier, J-P.(1989), (versão em uso na UPI), sendo utilizados os resultados da conclusão desta grelha, no que diz respeito aos ritmos regulados de sono/vigília e de alimentação assim como à vinculação estabelecendo uma relação diferenciada ou não com a mãe.**

Avaliação do desenvolvimento:

- **Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths dos 0 aos 2 anos (revisão de 1996) In : Huntley, Michael , 1996 (versão em uso no Centro de Paralisia Cerebral). Avaliação do quociente de desenvolvimento da criança e do seu perfil, por sub-escalas com a Avaliação do**

desenvolvimento com utilização da Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (0 aos 24 meses) obtendo-se perfis de desenvolvimento globais e parciais nas diferentes áreas, locomotora, autonomia pessoal-social, linguagem, coordenação olho-mão e realização.

Avaliação das representações maternas

- **Entrevista - R (1989)** In: Lebovici, S., Mazet, P, & Visier, J-P.(1989) (versão em uso no Hospital Fernando da Fonseca). Stern desenvolve a entrevista - R, entrevista semi-estruturada constituindo este instrumento uma ferramenta útil para a avaliação das representações maternas (Stern D. et al 1989; Stern. D. 1991; Marques, C. 2003; Almeida S. et al 2003). A entrevista - R tem 28 itens sendo algumas perguntas abertas outras fechadas com uma medida quantitativa . Nesta entrevista são explorados 6 aspectos da representação: a dimensão e riqueza da representação(quantidade e facetas da representação), a tonalidade hedónica da representação (satisfação e tonalidade afectiva), a identificação da criança com os seus pais, a identificação da mãe com a sua própria mãe, a coerência da representação e o conteúdo dos temas conflituais. Neste estudo embora tivessem sido aplicados todos os itens porque dão uma visão global, para análise quantitativa utilizou-se apenas uma versão reduzida com a exploração de apenas os dois aspectos: tamanho e riqueza da representação (rica e variada/ pouca riqueza e variedade) e dimensão tonalidade hedónica (prazerosa/ não prazerosa). Na análise destas duas dimensões foram utilizados os itens 1, 2, 7, 8, 21 e 22 (descrição da própria como mãe e descrição da criança). Fez-se ainda uma análise de conteúdo a uma pergunta aberta (23) relacionada com as principais preocupações futuras com a criança tendo sido agrupadas as respostas em dois tipos: as que se referiam a preocupações relativas à morbilidade e eventual morte e as que se referiam a preocupações com o desenvolvimento da criança.

Método de análise dos dados:

A informação dos instrumentos foi armazenada inicialmente numa base de dados excel que posteriormente foi importada para softwares de aplicação estatística SPSS e Spad.

A análise de dados compreende o apuramento de resultados:

- A nível global, com a construção de tabelas de frequências (frequências absolutas ou contagens e percentagens por coluna) para as variáveis discretas e tabelas com estatísticas descritivas (média, mediana, desvio-padrão...) para as variáveis contínuas. A análise destes resultados vai permitir seleccionar as variáveis mais relevantes para um estudo mais aprofundado num 2º momento.
- Cruzando os resultados globais de cada instrumento (sob a forma de variáveis discretas categorizadas) entre si, aplicando-se testes de independência de qui-quadrado.
- Com base na escolha de variáveis relevantes para uma análise multivariada serão aplicadas complementarmente duas metodologias: **análise factorial das correspondências múltiplas** (especialmente indicada para quando as variáveis em análise são categóricas) e **classificação hierárquica (análise de clusters)**. O objectivo é estudar as relações de proximidade entre as características dos indivíduos, tendo em conta os factores , identificando-se dois grupos de recém-nascidos quanto à vulnerabilidade biológica e verificando se as outras variáveis diferem também nesses dois grupos.

Resultados

1º Momento

Tabela descritiva dos factores socio-demográficos e biológicos

	N total	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Idade da Mãe	25	30	28	6	21	43
Escolaridade da Mãe	25	11	12	4	6	17
Idade do Pai	25	31	31	4	25	37
Escolaridade do Pai	25	10	11	4	6	17
Número de Gestas	25	2	2	1	1	6
Número de Paras	25	2	1	1	1	3
Número de inter. gravidez	25	1	0	1	0	3
Número de dias de internamento anterior ao parto	25	5	1	10	0	45
Peso ao nascer	25	1163	1160	286	664	1500
Semanas de Gestação	25	29	30	3	25	34
Apgar 1	25	6	7	3	1	9
Apgar 5	25	9	9	1	7	10
Número de dias com Ventilação de Alta Frequência (VAF)	25	4	1	9	0	35
Número de dias com CPAP	25	9	5	10	0	40
Número de dias com Alimentação Parentérica	25	10	9	6	1	26
Dia do início da Alimentação Entérica	25	4	2	3	1	15
Número de dias de Internamento na UCIN+Pediatría	25	55	46	26	15	117

Os factores encontrados e aos quais se deu relevância quer para o levantamento de dados quer para a associação de factores resultaram de valores de incidência descritos na literatura neonatal e sobretudo do Estudo Multicêntrico Nacional – Nascer prematuro em Portugal (2002) referentes a dados recolhidos entre 1996 – 2000. Este estudo abrangeu as unidades de neonatologia de todo o país.

Factores pré-natais

Antecedentes pré-natais (consultar tabela 1 em anexo)

Os antecedentes pré-natais decorrentes da gravidez e associados à prematuridade tem sido diversos, sendo as teses de infecções associadas ao parto pré-termo espontâneo as mais focadas na literatura como estando associadas ao stress materno. Curiosamente as infecções vaginais ou infecções urinárias não aparecem descritas nesta amostra. As mais frequentes foram a hipertensão arterial associada à pré-eclampsia, o Atraso de crescimento intra-uterino e as anormalidades da placenta, como placenta prévia e descolamento de placenta. Estes três factores foram agrupados por serem os mais frequentes e estarem pelo menos dois dos três presentes em 64% da amostra. Os outros factores foram agrupados na categoria outros sendo de destacar a diabetes e o oligoâmnios. Esta categoria representa 36% da amostra.

Corticóides antenatais (consultar tabela 2 em anexo)

No ano 2000 em Portugal já 74% dos prematuros tinham feito administração de corticóides pré-natais, isto é foram administrados às suas mães antes do parto corticóides. A administração destes corticóides é sugestiva de boa prática

obstétrica indo favorecer a maturidade biológica de alguns órgãos sobretudo dos pulmões. O valor obtido nesta amostra é muito semelhante 76%.

Atraso de crescimento intra uterino (consultar tabela 3 em anexo)

Os atrasos de crescimento do feto são um indicador importante da saúde do feto, isto pode sugerir que por qualquer razão não chegam ao destino os alimentos suficientes ou se chegam, não são absorvidos.

Nesta amostra encontrou-se uma percentagem maior de atrasos de crescimento intra-uterino 28% em relação ao estudo multicêntrico nacional 18,3%.

Tipo de parto (consultar tabela 4 em anexo)

Nesta amostra todas as mães tiveram gravidez vigiada com consultas médicas pelo que permitiu a detecção dos atrasos intra-uterinos e outros factores como a hipertensão arterial.

Factores perinatais

Peso ao nascer (consultar tabela 5 em anexo)

Com o peso ao nascer abaixo de 1000g (extremo baixo peso) encontram-se 36% dos bebés da amostra, com o peso entre 1000g e 1500g (muito baixo peso) encontram-se os restantes representando 64%. O factor peso é considerado uma referência nos estudos com prematuros uma vez que é indicador do desenvolvimento e estado de saúde do feto. Estes bebés são considerados de elevado risco biológico, pois com este peso existe uma grande imaturidade no desenvolvimento de todos os órgãos em especial os pulmões.

Semanas de gestação (consultar tabela 6 em anexo)

Utilizou-se o valor da mediana, 30 semanas de gestação, para dividir em dois grupos a amostra, sendo 60% a percentagem de bebés nascidos abaixo de 30 semanas e 40% das crianças tinham mais de 30 semanas.

Apgar 1' (consultar tabela 7 em anexo)

O Apgar é um índice de avaliação de cinco parâmetros sendo cada um pontuado de 0 a 2 o que perfaz um máximo de 10. Quando o Apgar 1' é menor que 3 é indicador de grande sofrimento à nascença e naturalmente grande risco biológico.

A percentagem de Apgar ao 1' ≤ 3 foi de 24% valores ligeiramente mais elevados dos valores do estudo multicêntrico nacional que em 1996 era de 22.5% e em 2000 decresceu para 17,7%. Os restantes 76% tem Apgar superior a 3.

Factores neonatais relacionados com internamento na UCIN

VAF / VC- ventilação mecânica (consultar tabela 8 em anexo)

A percentagem de nº de dias com ventilação de alta frequência e ventilação convencional, nesta amostra é elevada, com 1 dia ou mais de ventilação mecânica encontraram-se 56%, embora siga a tendência de estar a aumentar segundo o estudo multicêntrico era só de 7% em 1996 e passou para 21% em 2000. O facto de estar a aumentar esta ventilação prende-se com recomendações de neonatologia que seguem as orientações das respectivas sociedades científicas.

CPAP (nº de dias) (consultar tabela 9 em anexo)

Nesta amostra 48% tiveram oxigénio com CPAP (sistema externo de aporte de oxigénio) durante menos de 5 dias e 52% por mais de 5 dias. Só uma criança não precisou de CPAP. Necessitando de suporte ventilatório cerca de 100%. No estudo nacional aparecem só 70% necessitaram de suporte ventilatório .

Alimentação parentérica (nº de dias) (consultar tabela 10 em anexo)

O nº de dias de alimentação parentérica que corresponde à mediana é de 9 dias, não sendo este modo de alimentação exclusivo uma vez que a alimentação entérica é incentivada sempre que possível. A alimentação entérica corresponde a uma capacidade crescente de regulação da sucção e deglutição que se vai consolidando à medida que a maturidade evolui.

Tempo de internamento na UCIN (nº de dias) (consultar tabela 11 em anexo)

O nº de dias de internamento na UCIN que corresponde á mediana é de 46 dias. Este valor pode ser considerado de referencia, regra geral, por estar associado à morbilidade, embora seja relativo pois depende, não de factores intrínsecos à crianças mas ligados ao funcionamento das unidades (nº de vagas , de incubadoras, de vagas nas unidades de intermédios ou na enfermaria).

Avaliações aos 4 meses de idade corrigida:

Dados recolhidos provenientes das avaliações aos 4 meses de idade corrigida

Ecotransfontanelar:

Hiperecogenicidade Periventricular (consultar tabela 12 em anexo)

A hiperecogenicidade periventricular é uma referência provisória que virá a confirmar ou não a existência de uma lesão na substância branca originando ou não o diagnóstico de leucomalácia periventricular. A estas lesões de substância branca estão associados mais tarde dificuldades de aprendizagem, com défices de atenção. Só mais tarde ao longo do desenvolvimento do 1º ano e 2º ano se vem a despistar o diagnóstico de lesão de substancia branca sobretudo com ressonâncias magnéticas.

Hemorragia intra ventricular (tabela 13)

A Hemorragia intra ventricular encontrada foi de grau I e II, sendo estes graus de menor gravidade para o neurodesenvolvimento. Não surgiram casos de grau III e IV sendo estes descritos na literatura como tendo risco de sequelas neurológicas marcadas. No estudo multicêntrico estes valores são superiores aos encontrados em 1996 ,32% tendo vindo a diminuir em 2000 para 20%, na amostra deste estudo registaram-se 40%.

Da análise dos factores biológicos neste período, nesta amostra, comparando com a população em geral de prematuros em Portugal podemos pensar, que se trata de uma amostra com um risco elevado de vulnerabilidade biológica.

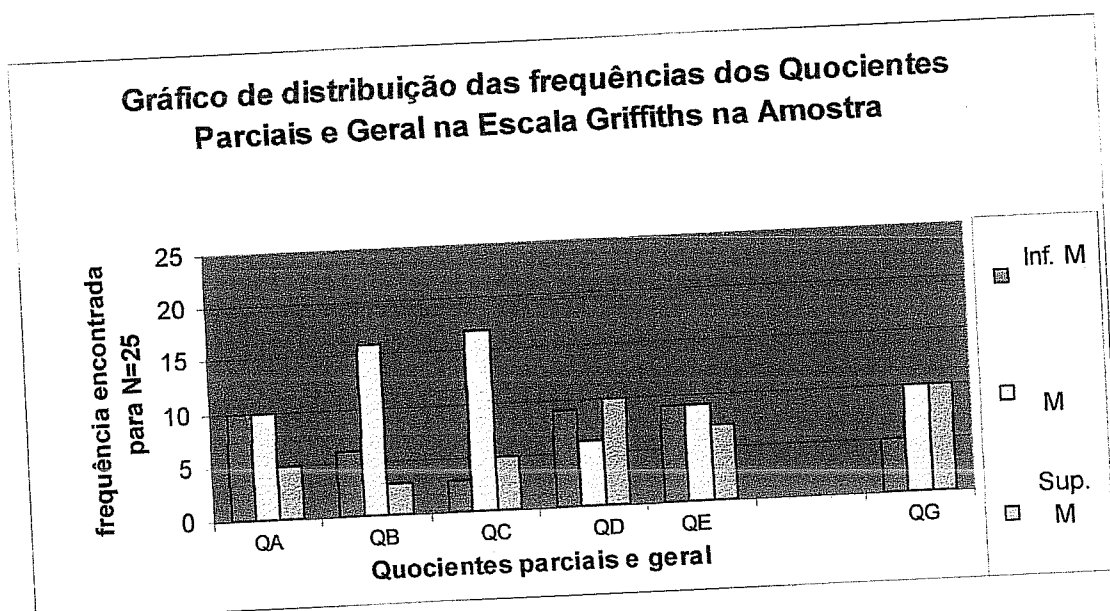
Avaliação na consulta dos 4 meses:

Exame neurológico

Na avaliação do exame neurológico 32% dos bebés apresentaram aos 4 meses alterações neuro-motoras e sensoriais ligeiras a confirmar mais tarde. Nesta fase as alterações ligeiras podem ser algum indicador e dar lugar a que se despiste com outros exames e caso sejam já acentuadas são encaminhadas para equipas de intervenção precoce em reabilitação. Neste estudo só duas crianças tiveram necessidade desse encaminhamento. A maioria 68% não tinha, nesta fase sintomas evidentes á observação clínica, conforme os estudos referidos na literatura, embora mais tarde sobretudo no segundo semestre já se encontrem alguns sinais. Daí a necessidade de se acompanharem estas crianças até à idade escolar.

Variáveis avaliadas com os instrumentos aplicados aos 4 meses

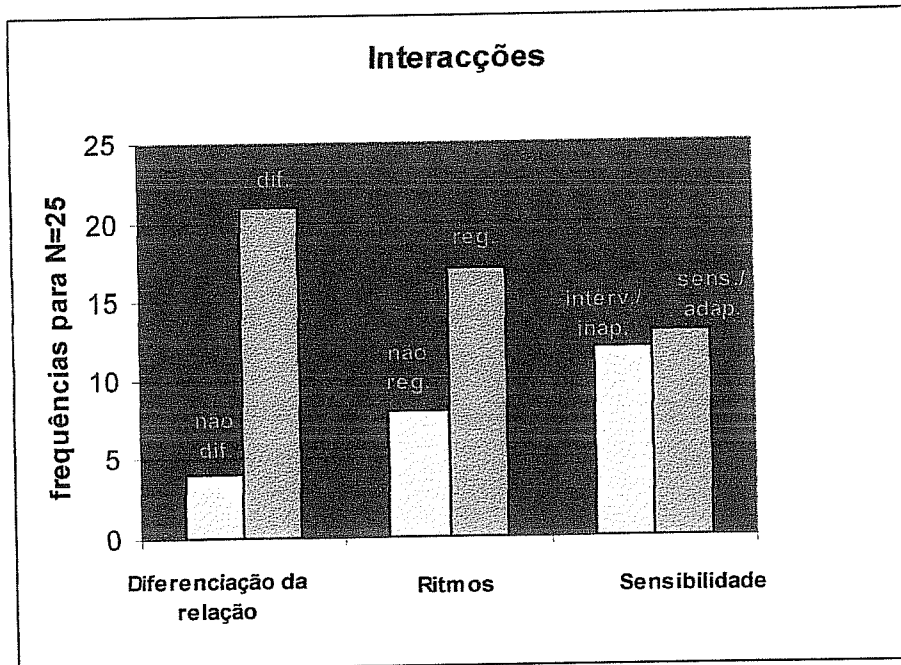
Variável desenvolvimento global avaliada com a escala Ruth Griffiths
(consultar tabela 14 em anexo)



O quociente geral de desenvolvimento ilustra o resultado de um perfil de desenvolvimento com diferentes aspectos tendo sido avaliada a motricidade global, a coordenação olho-mão, a autonomia pessoal social, a comunicação e linguagem e a realização. As áreas com valores mais elevados de QB foram a autonomia pessoal social e audição e linguagem QC. Nesta fase a reacção aos estímulos auditivos é muito explorada, revelando estas crianças uma grande sensibilidade a estes estímulos. As respostas sociais reveladas também foram bastante elevadas. O mesmo não se pode dizer às respostas motoras, quer a nível da motricidade global quer ao nível da realização, revelando respostas muito desorganizadas. Nesta variável encontramos na amostra uma percentagem de 40% de valores acima da média dos valores esperados para a idade, sendo superior aos valores normativos que seguem a curva normal. Os valores na média 40% também são inferiores aos normativos, que são 68%. Os valores abaixo da média são superiores aos normativos. Assim, o perfil de desenvolvimento destas crianças é muito irregular comparando com a norma. Ao nível do comportamento ao nível da avaliação encontramos irritabilidade fácil, dificuldade em autoacalmar-se, hipersensibilidade táctil e auditiva, intolerância às mudanças de posição, estados de hiperalerta alternando com lentidão de respostas, alheamento e sonolência. Estas respostas de má adaptação podem estar relacionadas com processos de organização sensoriomotora imaturos, originando dificuldade em desenvolver homeostasia e equilíbrio interno.

Avaliação das interações

Variáveis relacionadas com a dimensão INTERACÇÃO:



VINCULAÇÃO diferenciada/ não diferenciada (tabela 15)

Podemos encontrar já aos 4 meses de idade corrigida, nesta amostra, uma grande percentagem 84% de bebés que conseguem manter uma relação diferenciada com a mãe, diferenciam-na dos outros adultos. Estas crianças já conseguem distinguir a mãe do técnico, respondendo à sua voz, agitando os braços e o corpo e sorrindo interactivamente.

RITMOS regulados/não regulados (tabela 16)

A maioria, 68% apresenta já ritmos de sono/vigília e de alimentação regulados, isto é, com ritmos de alimentação de 3 em 3 ou de 4 em 4 horas por dia e à noite dormindo 6 a 8 horas seguidas. Muitas destas crianças com ritmos desregulados eram acalmadas com alimentação, criando intervalos muito

curtos o que originava também nas mães muito cansaço e pouca disponibilidade para a interacção. Por outro lado, estas mães tinham dificuldade em acalmar a criança sem ser com a alimentação, o colo, o aconchego, o falar e a chucha não eram estratégias seguidas, criando-se um ciclo vicioso.

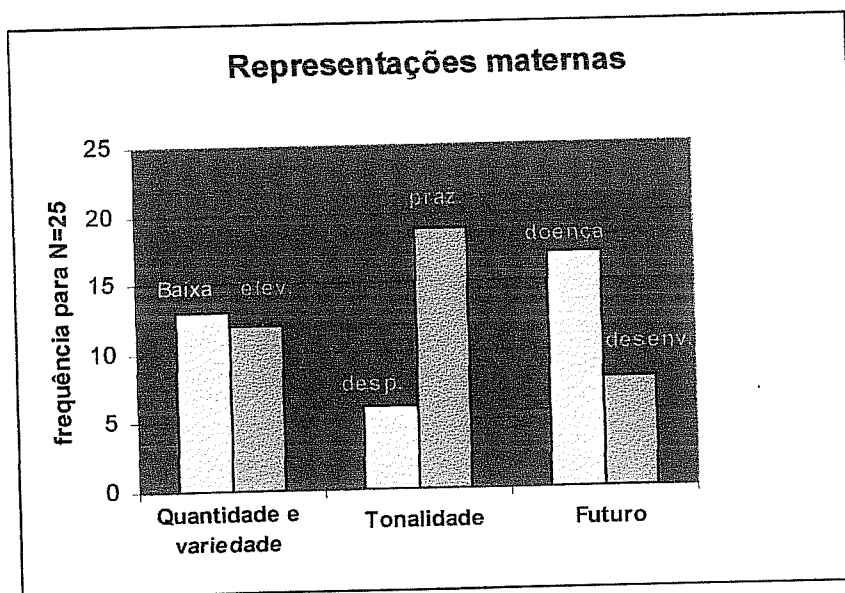
SENSIBILIDADE sensível / adequado e intervenção (tabela17)

Nesta fase aos 4 meses são avaliadas as capacidades de interacção em termos de reciprocidade nas trocas interactivas, capacidade para responderem aos estímulos e iniciativas de olhar, tocar, sorrir e por outro lado da parte do bebé sorrir, olhar, manter-se activo e interagir.

O padrão sensível/adequado encontra-se em 52% da amostra sendo inferior ao encontrado em estudos normativos. As mães que se gratificam nas trocas interactivas respeitavam mais os tempos das respostas dos seus filhos e sorriam mais. O padrão de interacção de intervenção é de pequenas dificuldades na sincronia da interacção sendo característico desta população de risco biológico e relacional 48%. Encontramos bebés com respostas desorganizadas, olhares pouco consistentes e sorrisos que correspondem a esgares com mães tensas, preocupadas, hiperestimulando e solicitando uma resposta de imediato. Por vezes estas trocas desencadeavam choro e desconforto na criança, tendo a mãe dificuldade em acalmá-las. Nestas interacções não havia “danças”, notava-se uma menor proximidade e uma maior solicitação por parte da mãe em ter ajuda e apoio. Não se encontraram casos de grande risco de indiferença ou abandono.

Dimensão Representações maternas:

DIMENSÃO REPRESENTAÇÃO: baixa em quantidade e variedade e grande em quantidade e variedade (consultar tabela 18 em anexo)



Nesta população era de esperar uma maior acentuação do número de representações com pobreza de qualificação sobre a forma de adjectivos, quer em quantidade quer em variedade. As mães tinham uma enorme dificuldade em falar do seu filho, faziam-no com a maior reserva, e com muitos silêncios. Diziam mesmo que era muito difícil expressar ou verbalizar algo.

TONALIDADE HEDÓNICA DA REPRESENTAÇÃO (tabela 19)

A tonalidade prazerosa foi a que teve maior expressão com 76% e o desprazer 24% da tonalidade hedónica da representação. O desprazer era caracterizado por expressões como difícil, chorão, choramingão, remungão, não deixa dormir de noite, enquanto que o prazer estava associado a expressões como lindo, fácil e sossegadinho.

FUTURO (tabela 20)

Em relação às preocupações com o futuro, os aspectos relacionados com preocupações relacionadas com eventuais doenças foram os que prevaleceram com 68% em comparação com os aspectos relacionados com as preocupações de desenvolvimento, isto é com as aquisições e formas de estimular o desenvolvimento. As preocupações relacionadas com a doença tinham a ver com eventuais perdas, ameaças da integridade física e do seu bem estar, com possíveis sequelas futuras.

Cruzamento de variáveis

Quando queremos estudar a associação entre duas variáveis discretas qualitativas, vamos aplicar testes de independência de qui-quadrado. O teste de independência do qui-quadrado testa a hipótese nula de duas variáveis nominais serem independentes. Se o valor da significância associada ao valor do teste for inferior a um nível de rejeição escolhido (geralmente 5%, isto é 0.05, ou 10%, ou seja 0.10), rejeitamos esta hipótese. Deve ter-se em atenção, que nenhuma célula da tabela tenha uma frequência esperada inferior a 1 e que não mais de 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5. Caso estejamos a analisar uma tabela de frequência 2x2 (i.e., em que cada variável tem 2 categorias) não devem existir células com frequência esperada inferior a 5 indivíduos. Sempre que as tabelas de cruzamento são 2x2, isto é sempre que estudamos a associação entre duas variáveis, cada uma com duas categorias, analisa-se também o resultado do teste exacto de Fisher.

A complementar os resultados dos testes de qui-quadrado, são igualmente calculadas as seguintes medidas de simetria: o Phi, o V de Cramer e o coeficiente de contingência. O resultado de cada teste associado a estas estatísticas tem de ser confrontado com o valor das estatísticas em si. As medidas de simetria avaliam a força e a significância da relação entre as duas variáveis analisadas. O seu valor varia entre 0 e 1. Quando o valor da significância associada a estas estatísticas é baixo, detecta-se a existência de uma associação. Este resultado tem de ser no entanto, confrontado com os

valores das estatísticas para determinar se essa associação é forte ou não. Se os valores de significância obtidos indicarem a existência de uma associação entre as variáveis analisadas, mas os valores das estatísticas forem muito pequenos, a associação observada é muito fraca. Note-se ainda, a estatística Phi só é válida para tabelas de 2x2.

Cruzamentos de variáveis biológicas e socio-demográficas com interações

Não se encontraram associações significativas embora com tendência para a relação entre estes factores (consultar tabela 21 em anexo)

Cruzamentos de variáveis biológicas com Desenvolvimento

- QUOCIENTE GERAL DE DESENVOLVIMENTO, RITMOS E EXAME

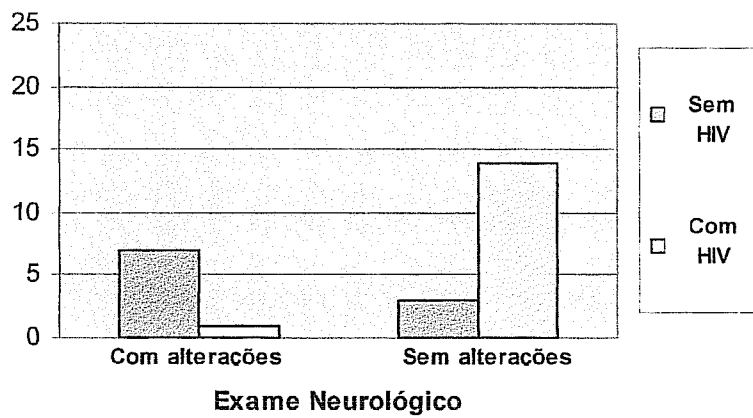
NEUROLÓGICO

(consultar tabelas 22 em anexo)

Não se encontraram associações significativa excepto na relação hemorragia intra ventricular e exame neurológico conforme quadro seguinte.

A presença de Hemorragias intra ventriculares está associada significativamente a alterações no exame neurológico. Isto significa que embora as hemorragias sejam de grau I e II já se encontra nesta fase forte associação às alterações no exame neurológico como sejam alterações do tónus, integração de reflexos primitivos e reacções sensoriomotoras. Este exame com suspeita de eventuais alterações, implica a sua confirmação com exames posteriores, nomeadamente testes auditivos, visuais e ressonâncias magnéticas.

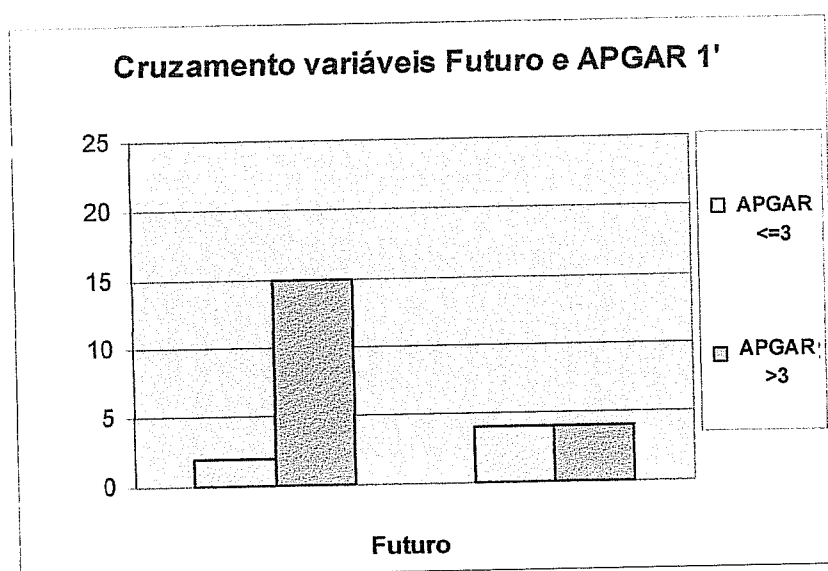
**Cruzamento das variáveis exame
Neurológico com HIV**



		Exame neurológico		Total	
		Com alterações	Sem alterações		
HIV	HIV Sim	Freq	7	3	10
		% em Exame neurológico	87.5%	17.6%	40.0%
		Resíduos ajustados	3.3	-3.3	
	HIV Não	Freq	1	14	15
		% em Exame neurológico	12.5%	82.4%	60.0%
		Resíduos ajustados	-3.3	3.3	
Total		Freq	8	17	25
		% em Exame neurológico	100.0%	100.0%	100.0%
		Resíduos ajustados			

Cruzamentos de variáveis socio-demográficas e biológicas com Representações (tabelas 23)

Nestes cruzamentos não se encontrou associação significativa, excepto no índice de Apgar e preocupações em relação ao futuro como ilustra o quadro seguinte. Não sabemos a noção exacta que estas mães têm destes valores inferiores a 3 ao primeiro minuto. Em termos médicos é significativo e é sinal de que nasceu em sofrimento e a criança teve necessidade de ventilação mecânica, elevando o nível de APGAR aos 5 minutos.



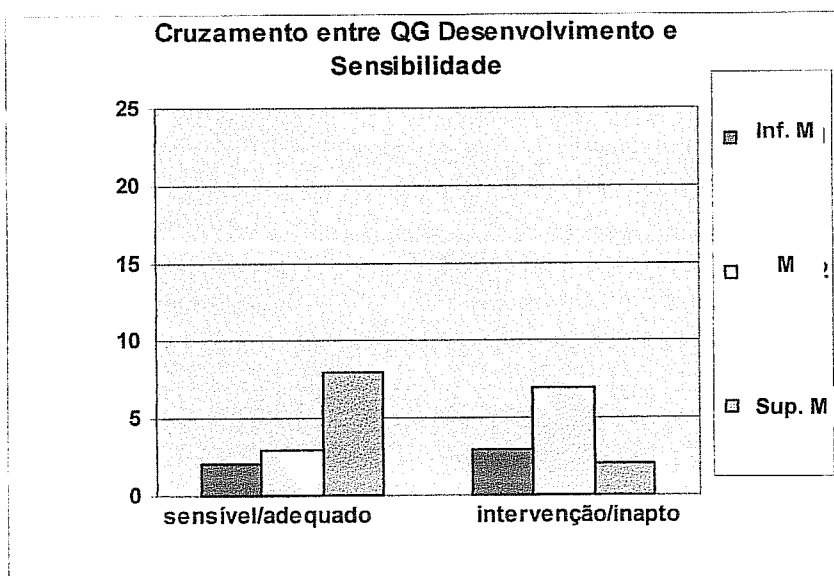
		Futuro		Total	
		Doenças	Desenvolvimento		
Apgar 1'	APGAR >3	Freq	15	4	19
		% em Futuro	88.2%	50.0%	76.0%
		Resíduos ajustados	2.1	-2.1	
	APGAR <=3	Freq	2	4	6
		% em Futuro	11.8%	50.0%	24.0%
		Resíduos ajustados	-2.1	2.1	
Total		Freq	17	8	25
		% em Futuro	100.0%	100.0%	100.0%
		Resíduos ajustados			

2º Momento

Cruzamentos de Interação com Desenvolvimento e com Representações

Variável que cruza interação com desenvolvimento (tabela 24)

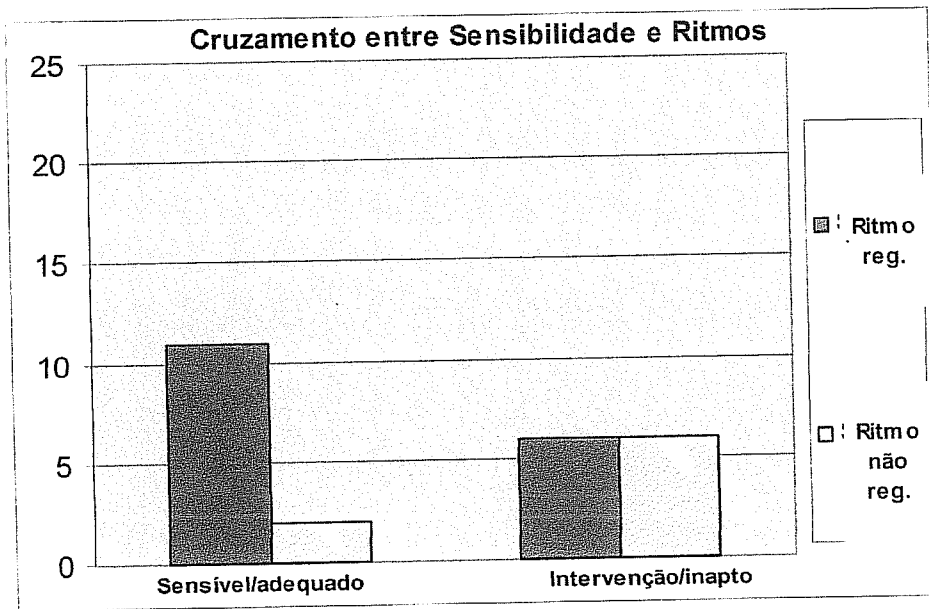
Os padrões de interação mãe-filho sensível e adaptado são significativamente associados aos ritmos regulados e ao quociente geral de desenvolvimento dentro e acima da média, conforme quadros seguintes. O quociente geral abaixo da média está associado ao nível de interação de intervenção, ao nível da sensibilidade materna existe necessidade de pequenos ajustes na reciprocidade, as crianças apresentam também algumas dificuldades em manter o olhar e responder ao sorriso interactivo, podendo por vezes a excitabilidade ou a hipotonia interferir nesta variável. Assim as competências de desenvolvimento da própria criança parecem intervir na interacção. Crianças com níveis de desenvolvimento mais elevado, são mais gratificantes para as mães, interagem mais, são mais cooperativas, proporcionando maior reciprocidade na interacção.



		QG			Total	
		Abaixo da Média	Dentro da Média	Acima da Média		
Sensibilidade materna	Intervenção	Freq	3	7	2	12
		% em QG	60.0%	70.0%	20.0%	48.0%
		Resíduos ajustados	.6	1.8	-2.3	
	Sensível/ adaptado	Freq	2	3	8	13
		% em QG	40.0%	30.0%	80.0%	52.0%
		Resíduos ajustados	-.6	-1.8	2.3	
Total	Freq	5	10	10	25	
	% em QG	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	Resíduos ajustados					

Cruzamento da sensibilidade materna e dos ritmos

Os ritmos sono/vigília e de alimentação também se encontram significativamente associados ao padrão de interacção. Assim encontram-se associados às crianças com ritmos regulados e organizados padrões de interacção de maior sensibilidade. Estas díades tinham maior facilidade em estabelecer interacções recíprocas com sincronia, regulando os ritmos de sono/vigília da criança ajustando os ritmos de alimentação, criando assim a homeostasia necessária.

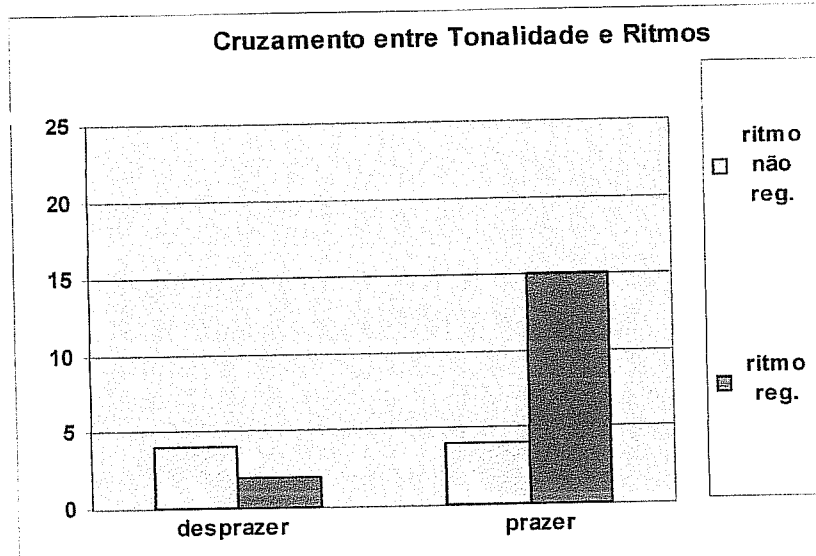


		Ritmos		Total	
		Não regulados	Regulados		
Sensibilidade materna	Intervenção	Freq	6	6	12
		% em Ritmos	75.0%	35.3%	48.0%
		Resíduos ajustados	1.9	-1.9	
	Sensível/adequado	Freq	2	11	13
		% em Ritmos	25.0%	64.7%	52.0%
		Resíduos ajustados	-1.9	1.9	
Total		Freq	8	17	25
		% em Ritmos	100.0%	100.0%	100.0%
		Resíduos ajustados			

Variável que cruza interacções com representações (tabelas 25)

Cruzamento dos ritmos e da tonalidade das representações

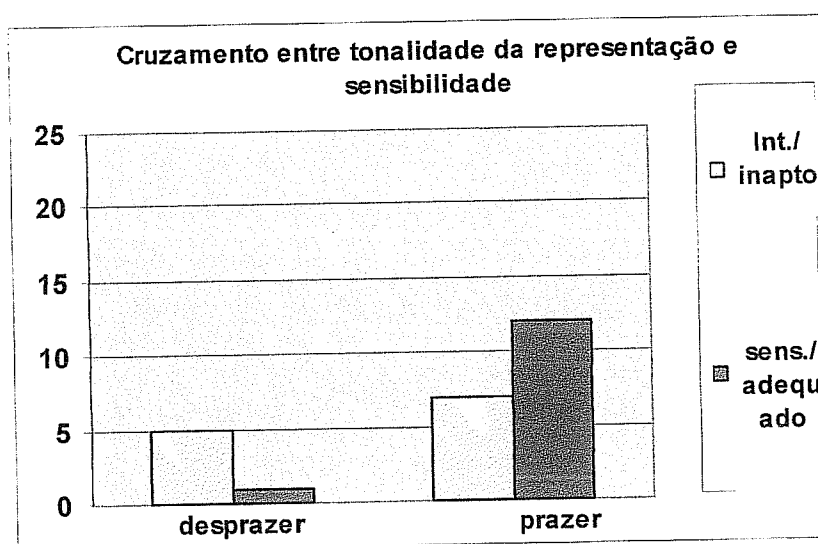
Os ritmos de sono e alimentação regulados estão associados significativamente à tonalidade prazerosa das representações maternas, conforme quadro seguinte. As mães cujas crianças apresentavam ritmos de alimentação e sono/vigília mais regulados, falavam delas com uma tonalidade afectiva prazerosa, descrevendo-os como lindos e calmos.



		Tonalidade da representação.		Total	
		desprazer	prazer		
Ritmos	Não regulados	Freq	4	4	8
		% em Tonalidade da representação.	66.7%	21.1%	32.0%
		Resíduos ajustados	2.1	-2.1	
	Regulados	Freq	2	15	17
		% em Tonalidade da representação.	33.3%	78.9%	68.0%
		Resíduos ajustados	-2.1	2.1	
Total		Freq	6	19	25
		% em Tonalidade da representação.	100.0%	100.0%	100.0%
		Resíduos ajustados			

Cruzamento da sensibilidade materna e da tonalidade da representação

O padrão de sensibilidade sensível/adequado está significativamente associado à tonalidade da representação prazerosa conforme quadro seguinte. As mães que descreviam os seus filhos com uma tonalidade afectiva prazerosa apresentavam padrões de interacção sensíveis e adequados, eram menos intrusivas e mais sensíveis aos tempos de resposta da criança regulando a estimulação.

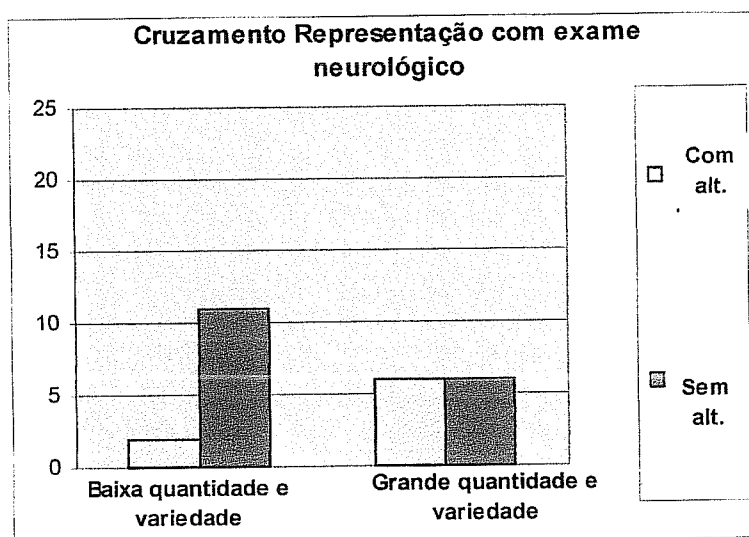


		Tonalidade da representação.		Total	
		desprazer	prazer		
Sensibilidade	Intervenção	Freq	5	7	12
		% em Tonalidade da representação.	83.3%	36.8%	48.0%
	Resíduos ajustados		2.0	-2.0	
	Sensível	Freq	1	12	13
% em Tonalidade da representação.		16.7%	63.2%	52.0%	
Resíduos ajustados		-2.0	2.0		
Total	Freq	6	19	25	
	% em Tonalidade da representação.	100.0%	100.0%	100.0%	
	Resíduos ajustados				

Cruzamento Desenvolvimento com Representações (TABELA 26)

Cruzamento exame neurológico com representação

A variável exame neurológico sem alterações está associada significativamente a baixa quantidade e variedade das representações ao contrário do esperado, conforme quadro seguinte. As mães das crianças sem alterações no exame neurológico descreviam os seus filhos com menos quantidade de adjectivos e menor variedade. Mostravam grandes dificuldades em expressar e verbalizar algo relacionado com a caracterização do filho. Isto poderá estar relacionado com o facto das representações mentais estarem mais associadas a processos internos vividos pelas mães do que com a alteração neurológica do filho.



			Dimensão representação		Total
			baixa quantidade e variedade	grande quantidade e variedade	
Exame	Com alterações	Freq	2	6	8
		% em Dimensão representação	15.4%	50.0%	32.0%
		Resíduos ajustados	-1.9	1.9	
	Sem alterações	Freq	11	6	17
		% em Dimensão representação	84.6%	50.0%	68.0%
		Resíduos ajustados	1.9	-1.9	
Total		Freq	13	12	25
		% em Dimensão representação	100.0%	100.0%	100.0%
		Resíduos ajustados			

3 ° Momento

Análise factorial das correspondências múltiplas e análise de clusters

São agrupadas em duas classes uma com maior vulnerabilidade e outra com menor vulnerabilidade tendo em conta os factores biológicos para as discriminar.

Posteriormente verificou-se o que se passava com as outras variáveis, desenvolvimento, representações maternas e interações. (Ver dendograma da distribuição dos elementos pelos dois grupos em anexo). Foram criados dois grupos, sendo o grupo 1 composto por 15 elementos que apresentavam menor vulnerabilidade biológica e o grupo 2 composto por 10 elementos que apresentavam maior vulnerabilidade biológica. A vulnerabilidade biológica estava associada aos factores de risco durante o internamento na UCIN, sendo distribuídos conforme as tabelas seguintes:

Caracterização do Grupo 1 – Menor vulnerabilidade biológica

CLASSE 1 / 2 (Efectivo: 15 - Percentagem: 60.00)

Variáveis	Modalidades	% da modalidade na classe	% da modalidade na amostra	% da classe na modalidade	Valor de teste
Alimentação parentérica	Alim Parent <9	80.00	48.00	100.00	3.75
VAF / VC	VAF Não teve	73.33	44.00	100.00	3.43
HIV	HIV Não	86.67	60.00	86.67	2.97
CPAP	CPAP <5	73.33	48.00	91.67	2.78
CPAP	CPAP >=5	26.67	52.00	30.77	-2.78
HIV	HIV Sim	13.33	40.00	20.00	-2.97
VAF / VC	VAF 1 ou mais	26.67	56.00	28.57	-3.43
Alimentação parentérica	Alim Parent >=9	20.00	52.00	23.08	-3.75

Caracterização do Grupo 2 – Maior vulnerabilidade biológica

CLASSE 2 / 2 (Efectivo: 10 - Percentagem: 40.00)

Variáveis	Modalidades	% da modalidade na classe	% da modalidade na amostra	% da classe na modalidade	Valor de teste
Alimentação parentérica	Alim Parent >=9	100.00	52.00	76.92	3.75
VAF / VC	VAF 1 ou mais	100.00	56.00	71.43	3.43
HIV	HIV Sim	80.00	40.00	80.00	2.97
CPAP	CPAP >=5	90.00	52.00	69.23	2.78
CPAP	CPAP <5	10.00	48.00	8.33	-2.78
HIV	HIV Não	20.00	60.00	13.33	-2.97
VAF / VC	VAF Não teve	0.00	44.00	0.00	-3.43
Alimentação parentérica	Alim Parent <9	0.00	48.00	0.00	-3.75

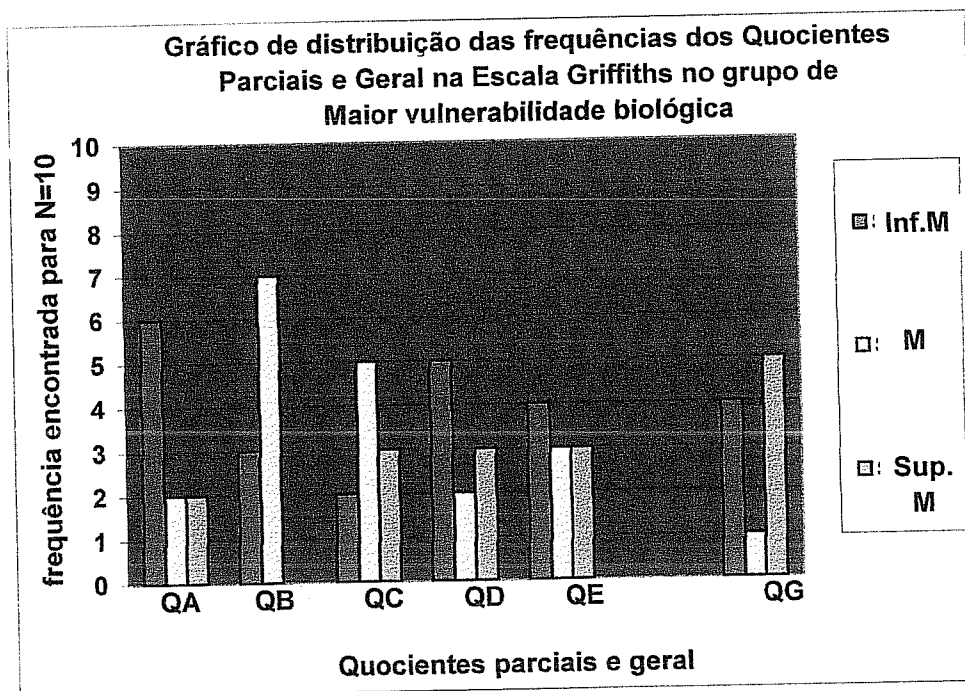
Cruzamentos com classes

A distribuição por frequências e percentagens dos multifactores biológicos, factores de desenvolvimento, interacção e representação associados aos dois grupos criados (Classe 1 representa menor vulnerabilidade biológica e Classe 2 representa maior vulnerabilidade biológica) e ao total (representa o nº total representativo da amostra N=25) encontra-se nas **tabelas 27**. Esta distribuição caracteriza os dois grupos quanto à variável vulnerabilidade biológica.

Resultados deste cruzamento (tabelas 28)

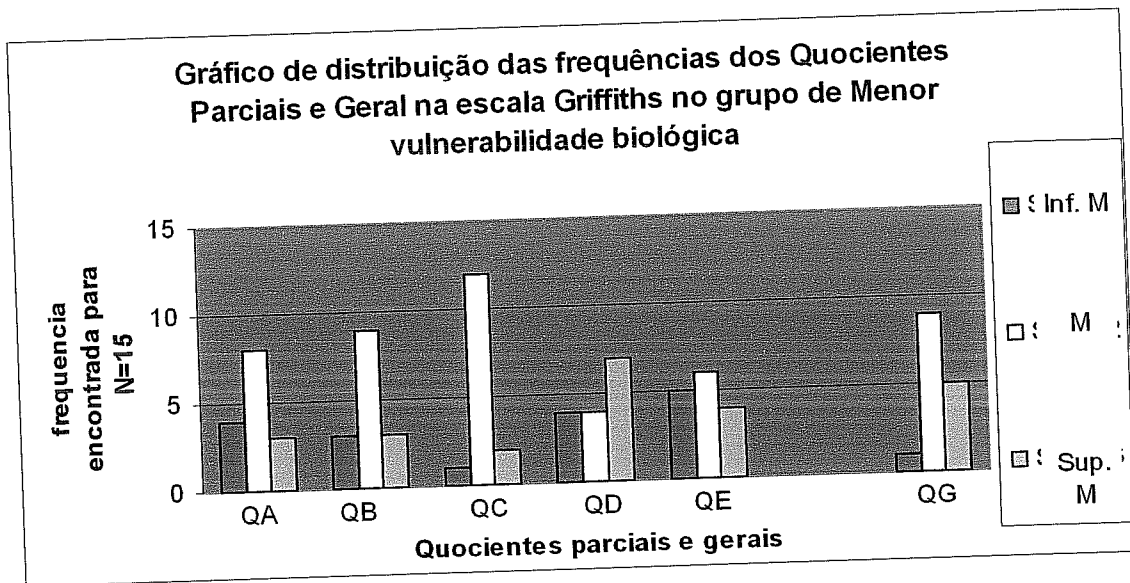
A maior vulnerabilidade biológica estão associados significativamente factores como valores mais baixos de peso, presença de hemorragias intra ventriculares, exame neurológico com alterações, mais dias de ventilação mecânica e CPAP, mais dias de alimentação parentérica e outros antecedentes pré-natais como oligoâmnios.

A maior vulnerabilidade biológica está associado significativamente valores de quociente geral de desenvolvimento abaixo da média do esperado para a idade corrigida.



As crianças com maior vulnerabilidade biológica apresentam QG (quociente geral de desenvolvimento) ou muito baixos ou muito elevados. Estes resultados são compatíveis com os padrões de hipersensibilidade ou hiposensibilidade. Ao

nível dos quocientes parciais as subescalas com níveis mais baixos foram aquelas mais dependentes da área motora (A, D e E). Este grupo com estas características funcionais parece correr o risco de eventuais sequelas neurológicas, sobretudo motoras, a confirmar posteriormente.



No grupo de menor vulnerabilidade biológica os resultados obtidos no QG apresentam uma distribuição próxima da curva normal, o que pode ser indicador de menor risco de sequelas neuromotoras. No entanto, os valores elevados nas subescalas D e E podem explicar a estimulação a que foram sujeitos.

Análise de clusters

Embora com os limites de uma amostra muito pequena podemos dizer que existe forte associação entre a variável quociente geral de desenvolvimento e a vulnerabilidade biológica.

A classe que tem menor vulnerabilidade biológica a classe 1 tem associados valores maiores de QG quociente geral de desenvolvimento.

As variáveis interação embora com tendência para a associação à maior vulnerabilidade biológica de padrões menos sensíveis, ritmos menos regulados, vinculações menos diferenciadas, não apresentaram valores significativos.

Nesta fase de desenvolvimento poder-se-á questionar o valor preditivo destas avaliações, sendo importante mais tarde, entre o 1º e 2º ano através de um estudo longitudinal, voltarem a ser reavaliadas.

Na variável dimensão da representação a tendência apresentou-se inversa no que diz respeito à quantidade e variedade da representação. Na prática clínica os pais que têm filhos com menores dificuldades são habitualmente mais exigentes comparando-os com a normalidade. Nas situações de maior gravidade há tendência para desculpar comportamentos e competências, não agudizando mais a gravidade da situação. As representações maternas construídas com maior quantidade e variedade de adjectivos poderão interferir com a interação e com a identidade que a criança constrói. Uma hipótese a explorar no futuro seria o seguimento destas crianças com baixa vulnerabilidade biológica, uma vez que pelo facto de não apresentarem grande risco neuromotor e sensorial, nem sempre são acompanhadas pelas consultas de desenvolvimento.

Para tentar encontrar respostas numa pesquisa recente encontrou-se um grupo de investigadores que estudaram a percepção dos pais sobre a vulnerabilidade biológica dos prematuros (Allen, E.C. et al 2004) encontraram elevados níveis de ansiedade nas mães que podem interferir com a sua percepção sobre a morbilidade. Num outro estudo com prematuros saudáveis aos 3 anos comparou-se com um grupo de termo a forma com sentiam a vulnerabilidade biológica nos seus filhos. As mães dos prematuros tinham percepções de maior vulnerabilidade embora os seus filhos se apresentassem saudáveis, interpretavam o comportamento dos seus filhos de forma diferente das outras

mães constituindo um risco grave para a interacção que se constrói e interfere com a segurança e autonomia emocional da criança (Perrin, E. et al 1989).

Num outro estudo Diane Holditch-Davis et al (2003) encontraram diferenças na interacção mãe-filho entre os grupos de mães de prematuros com morbilidade e as mães do grupo sem doença crónica, as mães do grupo de maior morbilidade interagiam com maior frequência e mais tempo tentando compensar a vulnerabilidade biológica, pois os seus filhos tinham menos maturidade funcional. Num outro trabalho Gerner, E. M. (1999) encontrou-se perda da qualidade das interacções ao longo do tempo, sendo avaliada aos 3 e aos 6 meses de idade corrigida. Aos 6 meses tinham-se agravado os padrões de interacção confirmando que a variável tempo é significativa sobretudo quando não há intervenção terapêutica.

Limites e discussão dos resultados

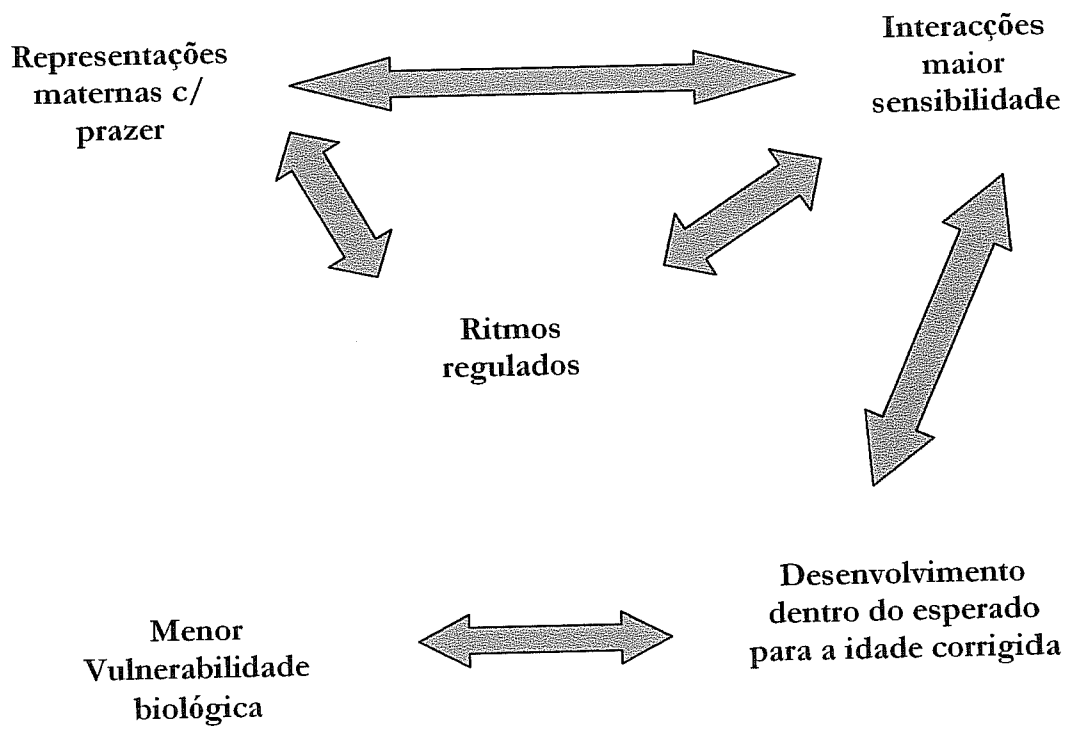
Os limites deste estudo são vários sendo de destacar :

- O número reduzido de elementos que compõem a amostra; condicionou os resultados sobretudo porque nas tabelas de cruzamento de variáveis se encontraram parcelas com valores mínimos muito baixos, embora se tenha utilizado para além do teste qui-quadrado, o teste de Fisher, há sempre necessidade de se fazer a ressalva de que os resultados significativos obtidos tiveram esta condicionante.
- Em relação à metodologia houve o cuidado de se ter utilizado instrumentos dos quais o autor tinha familiaridade , com aqueles que não tinha procurou formação e treino. Em relação à escala CARE- Índice embora seja recomendado para efeitos de investigação a cotação das observações com um observador cego, não tendo sido possível seguir esta recomendação, as observações foram cotadas com algum distanciamento temporal (6 meses) em relação à recolha e codificadas, para evitar associações de informação relativas à história clínica.

Em relação aos resultados quantitativos obtidos ,embora alguns resultados não confirmem a hipótese inicial, a maioria dos resultados revelaram-se com tendência para o esperado. Outros foram mesmo inversos ao esperado de acordo com a literatura.

Com os resultados significativos pode-se afirmar, com alguma cautela devido às limitações anteriormente focadas, que nesta amostra se encontraram as seguintes associações:

- a tonalidade das representações prazerosa está associada aos ritmos regulados e ao padrão sensível/adequado das interações mãe-filho;
- por sua vez este padrão sensível/adequado está associado aos ritmos regulados e aos valores mais elevados dos quocientes gerais do desenvolvimento ;
- este quociente geral de desenvolvimento varia em função da vulnerabilidade biológica, maior vulnerabilidade valores mais baixos e desajustados de QG.



Quadro resumo das associações encontradas na amostra

CONCLUSÃO

Para se desenvolver de uma forma equilibrada o bebé necessita de ser amado, sendo esse amor expresso não só pelas competências funcionais dos cuidadores, em especial da mãe, mas pelas interações e contactos precoces que estabelece com ele de forma a darem-lhe segurança para que um dia mais tarde parta à descoberta do mundo exterior à sua volta. Esta autonomia emocional que surge mais tarde, conquista-se com o embalar, acariciar, conter e aconchegar desde o início no colo da mãe. Todas estas experiências acumuladas ao longo das interações que o bebé vai tendo, primeiro com a mãe e depois com a família e outros cuidadores, originam padrões de funcionamento neurocomportamentais tendo uma matriz biológica. A maior segurança correspondem padrões de funcionamento mais organizados, ritmos biológicos mais regulados que promovem o neurodesenvolvimento. Encontrar uma amostra de díades mãe-filho numa população de risco acentuado a todos os níveis, biológico, psicológico e relacional parecia tarefa fácil à partida. Mas tal não aconteceu. Mostrar algumas das associações destes factores foi complexo. Implicou também correr riscos, enfrentar desafios, receios, mas sobretudo prazer em contribuir de alguma forma para uma outra maneira de compreender e conviver com as díades mãe-filho.

O que se pode afirmar, tendo em conta que cada investigação nesta área se reveste de alguma particularidade dadas as características delicadas de recolha da amostra e seu seguimento, é que coexistem em mutua interação diferentes dimensões na prematuridade sendo necessária uma intervenção de atenção global nos diferentes níveis biológico, psicológico e relacional havendo necessidade de intervir junto da mãe e da criança nos aspectos particulares sempre que o risco o justifique.

Com esta investigação surgem novas etapas que permitem prosseguir esclarecer as dúvidas para as quais ficamos sempre sem resposta. Será que ao longo do 2º ano de vida os padrões de desorganização neuromotora e

comportamental encontrados nalgumas crianças se dissipam e são integrados em padrões de desenvolvimento mais maduros e próximos do esperado para a idade cronológica? Será que emergem agora perturbações de desenvolvimento que na fase inicial não conseguimos ainda detectar? Será que os padrões de interacção mãe-filho se modificam? E o que acontece com as representações maternas, mudaram ou permanecem inalteradas? Nesta amostra justifica-se o acompanhamento longitudinal aos diferentes níveis, sempre com o objectivo de detectar mais cedo para melhor e atempadamente intervir.

No entanto qualquer intervenção nesta área beneficia de algum cuidado, dado que é preventiva, deverá revestir-se de atenção redobrada da parte do técnico de modo a que a mãe e a família não se sintam desqualificados no que fizeram até aqui e se sintam acompanhadas e apoiadas a nível médico, psicológico e social. A delicadeza desta intervenção justifica-se de modo a não reforçar a posição de "atraso" que uma prevenção demasiado cedo poderá acentuar. Num ambiente de confiança as mães e famílias conseguem por de lado as suas defesas e apresentam as suas dúvidas, dificuldades e necessidades sendo possível à equipa intervir facilitando processos muitas vezes enquistados. A prematuridade é uma temática com multidimensões, pelo que a intervenção também deverá ser multidimensional com equipas que actuam tendo por base um modelo transdisciplinar, trabalhando desde cedo numa perspectiva centrada na criança e família.

Foi muito importante toda a articulação que se conseguiu nesta investigação entre o psicólogo, o médico e o enfermeiro nesta fase, sendo natural que na próxima fase que se segue outros técnicos terão necessariamente que intervir, nomeadamente os terapeutas. Sem este trabalho articulado em equipa não é possível intervir respondendo adequadamente às necessidades que estas crianças e suas famílias vão apresentando ao longo do desenvolvimento. A atenção é redobrada nos primeiros anos com maior intensidade de cuidados relacionados com a sobrevivência nas neonatologias passando posteriormente a ser acompanhados no desenvolvimento, de uma forma periódica mas igualmente atenta ao desenvolvimento global, detectando sinais de risco e encaminhando para a intervenção específica, prevenindo assim as eventuais dificuldades de aprendizagem que podem surgir na idade escolar. Em Portugal

não tem sido possível acompanhar todas estas crianças até à idade escolar como seria recomendado; se em alguns hospitais as taxas de abandono das consultas são elevadas noutras elas nem são marcadas originando-se altas precoces. Os cuidados preventivos não são ainda prática corrente actuando-se muitas vezes à posteriori, criando-se situações de sinalização tardia dos casos para a equipa de intervenção, causando prejuízo para a criança e suas famílias e frustração nos técnicos que recepcionam os casos. Se há situações em que se pode actuar em prevenção esta é uma delas.

Bibliografia

- Acharya e col (2004) Oral sucrose analgesia for preterm infant venepuncture. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Ed.* Jan 1 ;89(1):F17-18
- Ader, R.& Cohen, N. (1995). Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet*. Vol. 345 Issue 8942, p99, 5p, 1 chart
- Ainsworth, M. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In Parkes, C.M., Stvenson-Hinde.J and Marris, P. (Eds.). *Attachment across the life cycle*. (pp. 33-51). London and New York: Routledge.
- Allen, E.C. et al. (2004). Perception of Child Vulnerability Among Mothers of Former Premature Infants. *Pediatrics*, Vol.113 N° 2 February, pp 267-273
- Almeida S. et al. (2003). Representações mentais maternas: Um caso de trigêmeos. *Análise psicológica*, n° 1 – (XXI)- Janeiro-Março, pp 103-110.
- Als H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for assessment of individuality. *Infant Mental Health Journal*.3, 229-243.
- Als H. et al (2004) Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics* Apr;113(4):846-57.
- American Academy of Pediatrics and Canadian Paediatric Society (2000). Prevention an Management of Pain and Stress in the Neonate. *Pediatrics* ; 105(2):454-461.
- Amiel-Tison,C. (2001) *Neurologia perinatal*. Barcelona: Masson. Título original: Neurologie périnatale, 1999.
- Anand et al (1987) Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The New England journal of medicine* vol 317, n 21:1321-1329.
- Arias, P. et al. 1998. *Estrés y procesos de enfermedad*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Aucott S., Donohue P., Atkins,E., Allen M. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviewes*.;8 (4):298-308
- Bartholomew, Kim & Shaver, Phillip R. (1998). Methods of assessing adult attachment – Do they converge?. In Simpson, J.A. & Rholes, W.S., *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 25-45). Obtido em Junho de 2003 através de:
www.sfu.ca/psychology/groups/faculty/bartholomew/reserch/publications/maa.pdf

- Bergh & Pattinson (2003) Developmental of conceptual tool for the implementation of Kangaroo care. *Acta Paediatr* 92: 709-714.
- Berregard, Fabienne (2000). *Je suis né(e) trop tôt...* Paris : Sparadrap
- Bohnhorst, B. et al (2001) Skin-to-skin (Kangaroo) care, respiratory control, and thermoregulation. *J Pediatr*, 138(2):193-7.
- Botelho, T. & Leal, I. (2001). *Personalidade materna e prematuridade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Bowlby (1969) *Attachment and loss*. vol 1 – Attachment. New York: Basic Books.
- Brazelton , T.B. & Nugent, K. (1995) Neonatal Behavioral Assessment Scale. *Clinics in Developmental Medicine* n 137. Cambridge: Cambridge University Press
- Brazelton , T.B.(1992). *Tornar-se família*. Terramar. Lisboa. Título original: On becoming a family (1992)
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.C..(1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Editorial Presença. (Título original: The earlist relationship.1989)
- Brazelton, T.B. & Greenspan, S. I.(2002). *A criança e o seu mundo*. Lisboa: Editorial Presença.
- Bretherton, Inge & Munholland, Kristine A. (1999). Internal working models in attachment relationship – a construct revisited. In Cassidy, Jude & Shaver, Phillip R., *Handbook of attachment*, (pp. 89-111). N. Y. and London.
- Brisch KH, Bechinger D., Betzler S., Heinemam H. (2003). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infants : result of attachment and neurological development. *Attachment Human Development*. Jun;5(2):120-35
- Brun, C. et al. (2003). *La perinatalité*. Rosny-sous-Bois. Edition Bréal.
- Burns, Ensbey, O' Callaghan (1999).Motor abilities at eight to ten years of children born weighting less than 1.000g. *Phisiotherapy*.85,7.360-369.
- Canavarro, M^a Cristina Sousa. (1999). *Relações afectivas e Saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M.C. (2001). *Psicologia da gravidez e maternidade - representações e tarefas de desenvolvimento*. In Canavarro, M.C. *Psicologia da gravidez e maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Cardoso, R. M. & Fonte, A.R. (1994). Dos equivalentes afectivos à somatose, passando pela alexitimia. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. Nº 7

Cattaneo, A. et al (1998) Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatr* 87: 976-85.

Clements, M., Barnett, D. (2002). Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: examining the Strange Situation. *Infant Mental Health Journal*. Vol 23, Issue 6, 625-642.

Copper et al (1996). The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. Nov;175(5):1286-92

Cox, S., Hopkin, J. & Hans, S. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: Neonatal risk status and maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, Volume 21, Issue 6, 464-480.

Cramer, B. G. (1991). *Profissão bebé*. Lisboa: Terramar. (Título original: *Profession bébé*. 1991).

Crittenden, P. (2004). *Coding Manual CARE-INDEX (birth to 15 months)*. Miami. Family relations Institute. Texto distribuído no curso de formação de 2004 em Helsínquia.

Crittenden, P. (1995). *Attachment and psychopathology* in S. Golberg, R. Muir & J. Kerr. Hillsdale. NJ: The Analytic Press.

Culhane, J. (2001). Maternal Stress is associated with bacterial vaginosis in Human pregnancy. *Maternal and Child health journal* 5 (2): 127-134, June

De Gangi, G & Greenspan, S. (1989) *TSFI – Test of Sensory function in Infants Manual*. Los Angeles: WPS.

De Gangi, G. (1991). Assessment of sensory, emotional and attentional problems in regulatory disordered infants: part 1. *Infant Young Children* 3(3):1-8. Aspen Publishers Inc.

De Gangi, G., Craft, P. & Castellan, J. (1991). Treatment of Sensory, emotional and attentional problems in regulatory disordered infants: part 2. *Infant Young Children* 3(3):9-19. Aspen Publishers Inc.

Feldman, R. et al (2003) Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *J Fam Psychol*; 17(1):94-107.

Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Dinalivro.

Fraiberg, S., Adelson, E & Shapiro, V. (1976). Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired mother-infant relationship. *Journal of the American academy of Child Psychiatry*, 14, 387-421.

Gerner, E. M. (1999). Emotional interaction in a group of preterm infants at 3 and 6 months of corrected age. *Infant and Child Development*, vol 8, Issue 3, pp117-128.

Goland R. et al (1995). Concentrations of corticotrophin-releasing hormone in the umbilical-cord blood of pregnancies complicated by pre-eclampsia. *Reproduction, Fertility and Development* 7(5):1227-30

Golse, Bernard. (2002). *Do corpo ao pensamento*. Lisboa: Climepsi. Título original: *Du corp à la pensée*, 1999.

Gomes-Pedro J. (1982). *Influência no comportamento do recém-nascido do contacto precoce com a mãe*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa.

Gomes-Pedro J. (1999). *A criança e a Nova Pediatria*. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian

Gomes-Pedro, J, et al (1997). Prematuridade e Desenvolvimento. *Acta Pediatr. Port.*, Nº 5; Vol. 28 : 405-410.

Goodfriend, M (1993). Treatment of attachment disorder of infancy in a neonatal intensive Care Unit. *Pediatrics* Vol. 91 Nº 1 January.

Griffiths, Ruth (1986) *The abilities of babies*. Henley-on-Thames: Test Agency Limited.

Grossman & Grossman (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioural responses in a longitudinal perspective. In Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J. & Marris, P. (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). London: Routledge.

Grupo Nacional do Recém-Nascido de Muito Baixo Peso Coordenado pela Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2002). *Nascer Prematuro em Portugal – Estudo multicêntrico Nacional 1996-2000*. Prémio Bial Medicina Clínica 2002. Bial.

Guedeney, A. & Kreisler, L.. (1987) Sleep disorders in the first 18 Months of life: hypothesis on the role of mother-child emotional exchanges. *Infant Mental Health Journal*, Vol.8 No.3, Fall

Harrison, Helen. (1983). *The premature baby book*. New York: ST. Martin's Press.

- Harrison, Helen. (1993). The Principles for Family-Centered Neonatal Care. *Pediatrics*, vol.92 n°5 November
- Haynal, A., Pasini, W. & Archinard, M. (1998). *Medicina psicossomática – perspectivas psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Holditch-Davis, Diane et al. (2003). Mother-infant interactions of medically fragile infants and non-chronically ill premature infants. *Research in Nursing & Health*. Vol 26, issue 4, pp 300-311.
- Hooper, S. & Harding, R. (2001). Respiratory system. Chap. 6. In *Fetal Growth and Development*. Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Huntley, Michael. (1996). *The Griffiths Mental Development Scales – from birth to 2 years Manual 1996 Revision*. ARICD and Test Agency.
- Johnston et al (2003) Kangaroo Care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. *Archive of Pediatrics & Adolescent Medicine* ; 157: 1084-1088.
- Kennell, J.H. & McGrath (2003) Beneficial effects of postnatal skin-to-skin contact. *Acta Paediatr* 92 : 272-273.
- Keren, M., Feldman, R., Eidelman, A., Sirota, L. & Lester, B. (2003) Clinical interview for high-risk parents of premature infants (CLIP) as a predictor of early disruptions in the mother-infant relationship at the nursery. *Infant Mental Health Journal* Volume 24, Issue 2, 93-110.
- Klaus, M & Klaus Phyllis (1989). *O surpreendente recém-nascido*. Porto-Alegre: Artes Médicas. Título original: The Amazing Newborn, 1986.
- Klaus, M. (1998) Mother and Infant: Early Emotional Ties. *Pediatrics* vol.102 No.5 supplement November, pp.1244-1246.
- Kleberg et al. (2002) Implications of improved cognitive development at one year of age among infants born very prematurely. *Early Human Development*. Jul;68(2):83-91
- Kreisler, L. (1991). Les bases originaires de l'organisation psychosomatique. Les capacités réactives du bébé à la réponse somatique. Les influences interactives primaires. *Revue française de psychosomatique* , 1, 169-184
- Laatikainen et al (1991). Corticotropin-releasing hormone in maternal and cord plasma pre-eclampsia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Mar 21;39(1):19-24
- Lebovici, S & Soulé, M. (1970). *La connaissance de L'enfant par la psychanalyse*. Paris: PUF
- Lebovici, S. (1983) *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris: Centurion

Lebovoci, S., Mazet, P. & Visier, J-P. (1989). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris : Editions Eshel

Main, Mary (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment – Finding and directions for future research. In Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J. & Marris, P. (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). London: Routledge.

Main, Mary (1999) Epilogue. Attachment Theory: Eighteen Points with Suggestions for Future Studies. In Cassidy, Jude & Shaver, Phillip R., *Handbook of attachment*, (pp. 845-887). N. Y. and London: The Guilford press.

Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise psicológica*, nº 1 – (XXI)- Janeiro-Março, pp. 85-94.

Marvin, Robert S. (2003) Implications of attachment research for the field of family Therapy. In Erdman, P. & Caffery, T., *Attachment and Family Systems: Conceptual, Empirical and Therapeutic Relatedness*. New York and Hove: Brunner-Routledge.

Mastorakos, G & Ilias, I. (2003). Maternal and fetal hypothalamic-pituitary-adrenal axes during pregnancy and postpartum. *Annals New York academy of Sciences*. 997: 136-149.

Matos, A.C. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores

Matos, A.C. (2002). *O Desespero*. Lisboa: Climepsi Editores

Matos, A. C. (2003 a) . *Vinculação e ligação na prática clínica*. Conferência International de Psicoterapia emocional (*Psicoterapia Bonding*) Lisboa, 3 de Abril, 2003.

Matos, A.C.(2003 b) . *Mais amor menos doença*. Lisboa: Climepsi Editores

Matos, A.C. (2004). *Saúde mental*. Lisboa: Climepsi Editores

Maunder, R.G. & Hunter, J.J.(2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine* 63:556-567

Mazet & Stoleru (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena* (Romão, Michael) Lisboa: Climepsi Editores.

Mazeau, M. (2003). *Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant*. Paris:Masson.

Paul, M^a Constança (1992). Factores de risco associados ao nascimento prematuro. *Psicologia*, VIII, 3: 393-402.

- Peltier, M. 2003. Immunology of term and preterm labor. *Reproductive Biology and Endocrinology* . 1:122.
- Perlman M. & Kirpalani H., (2002). *Manual do Residente em Neonatologia*. São Paulo: Revinter.
- Pietz, J. et al (2004) Physical growth and neurodevelopmental outcome of nonhandicapped low-risk children born preterm. *Early human development*. 79, 131-143
- Pinel, J.(2001). *Biopsicologia*. Madrid :Pearson Education.
- Perrin, E.C.(1989). Is my child normal yet? Correlates of vulnerability. *Pediatrics*, vol83 nº 3 March.
- Perry, B.C., Pollard, R.A., Blakley, T.L., Baker , W. L. & Vigilante, D. (1995). Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and "Use-dependent" Development of the Brain. How "Sates" Become "Traits". *Infant Mental Health Journal*, Vol.16, nº 4
- Pipp-Siegel, S. , Siegel, Clifford H. & Dean, Janet (1999). II. Neurological aspects of the disorganized/disoriented attachment classification system: diferentiating quality of the attachment relationship from neurological impairment. *Monographs of the society for research in child development*, vol 46 nº3.
- Ratynski, Nathalie, (2002). *Je vous parle, regardez-moi !* Paris : Sparadrap
- Rosenzweig M. et al. 2002. *Biological Psychology*. Massachusetts : Sinauer Associates, Inc.
- Robert-Tissot, C., Bertrand Cramer, Stern, Daniel, Serpa, Sandra R., Bachmann, Jean-Pierre, Palacio-Espasa, F., Knauer, D., Muralt, M., Berney, C. & Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 17(2) 97-114.
- Ruth V. Et al (1993). Corticotropin-releasing hormone and cortisol in cord plasma relation to gestational age, labor, and fetal distress. *American Journal Perinatology*. Mar; 10(2):115-8
- Rutter, M (1995). Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36, 549-571.
- Sá, E. (2003). *Psicologia do feto e do bebê*. Fim de Século
- Sami-Ali et al. (2001). *Manuel de thérapies psychosomatiques*. Paris : Dunod
- Sami-Ali, Cady, S. Froli, G., Gauthier, M., Gorot, J. , Mendes-Pedro A. & Robert, M. (2001). *Sonho e psicossomática*. Lisboa: Dinalivro

- Scheidt, C. E. & Waller, E. (2002). Attachment representation and affect regulation. Current findings of attachment research and their relevance for psychosomatic medicine. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Volume 4- número 1 Jan./Jun.
- Schore, A.(2002) The neurobiology of attachment and Early organization. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, volume 16 (3).
- Schore, A.. (2001 a) Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* Volume 22, Issue 1-2, 7-66.
- Schore, A., (2001 b) Effects of relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* Volume 22, Issue 1-2, 201-269.
- Simões, A.(2002). *Manual de Neonatologia*.Rio de Janeiro: MEDSI.
- Smith R. (1998). Alterations in the hypothalamic pituitary adrenal axis during pregnancy and the placental clock that determines the length parturition. *Journal of Reproductive Immunology* . Aug;39(1-2):215-20
- Soares, Isabel (1996) *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga:Universidade do Minho
- Solomon C.& Seely E.(2004). Preeclampsia – searching for the cause. *New England Journal of Medicine*. February 12 : 641-642.
- Solomon, J. (1998) Book review – Bonding :building the foundations of Secure Attachment and independence. *Infant Mental Health Journal*, Vol.9(1) 89-91
- Solomon, Judith & George, Carol (1999). The measurement of attachment security in infancy and childhood. In Cassidy, Jude & Shaver, Phillip R., *Handbook of attachment* (pp. 287-316). NY : Guilford.
- Stern, D.(1991).*Diário de um bebê – o que o seu filho vê, sente e vivencia*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. Título original Diary of a baby (1990)
- Stern, D.(2002). *The first relationship – Infant and mother*. London. Harvard University Press. Primeira edição 1977.
- Talbot, Jean & McHale, James (2003). Family - level Emocional Climate and its impact on the flexibility of relationship representations. In Erdman, Phyllis and Caffery, Tom, *Attachment and family systems*, (pp. 31-61). N.Y. and Hove : Brunner-Routledge.

Teixeira J. et al (1999) Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index : cohort based study. *British Medical Journal*. January 16; 318 (7177): 153-157

Tessier et al (1998) Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*; 102(2):e17.

Vohr, B.R. et al. (2000) Neurodevelopmental and functional outcomes of extremely Low Birth Weight Infants in the National Institute of Child Health and human Development Neonatal Research Network. *Pediatrics*, vol 105 nº 6 June, pp 1216-1226.

Volpe, Joseph J. (2000). *Neurology of the Newborn* .Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Wadhwa P.D.et al (2001 a). Stress, Infection and Preterm birth : a biobehavioral perspective. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 15 (Suppl.2), 17-29.

Wadhwa, P. D. et al (2001 b). Stress and preterm birth: neuroendocrine, immune/inflammatory, and vascular mechanisms. *Matern Child Health Journal* . Jun ; 5(2):119-25.

Westrup et al (2000). Randomized, controlled trial to evaluate the effects of the newborn individualized developmental care and assessment in a Swedish setting. *Pediatrics*,Jan;105 (1 Pt 1):66 –72.

Westrup et al (2002). Neonatal individualized care in practice : a Swedish experience. *Seminars in Neonatology* Dec; 7(6):447-57.

Westrup et al. (2004). Preschool outcome in children born very prematurely and cared for according to the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Acta Paediatrica*, volume 93, Number 4/April

Winnicott, D. W. (2002). *Os bebés e suas mães*. S. Paulo: Martins Fontes

Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. Título original ;The family and individual development (1965)

Winnicott, D.W. (1999). *L'enfant, la psyché et le corps*. Paris: Payot & Rivages. Título original : Thinking about children, 1996

Winnicott, D.W. (1993). *Conversas com pais*. Lisboa: Terramar. Título original: Talking to parents (1993).

ANEXOS I

ANEXOS I

Tabelas

TABELA 1

Antecedentes pré-natais

	Frequência	Percentagem
HTA/ACIU/D.PLAC.	16	64.0
Outros Antecedentes	9	36.0
Total	25	100.0

TABELA 2

Corticóides antenatais

	Frequência	Percentagem
Corticóides Sim	19	76.0
Corticóides Não	6	24.0
Total	25	100.0

TABELA 3**ACIU**

	Frequência	Percentagem
ACIU Sim	7	28.0
ACIU Não	18	72.0
Total	25	100.0

TABELA 4**Tipo de parto**

	Frequência	Percent.	Percent. Válida	Percent. Acumulada
Eutócico	3	12.0	12.0	12.0
Distócico	22	88.0	88.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

TABELA 5**PESO AO NASCER**

	Frequência	Percentagem
$\geq 1000 \leq 1500$ gr	16	64.0
< 1000 gr	9	36.0
Total	25	100.0

TABELA 6**Semanas de gestação**

	Frequência	Perc.
<=30	15	60.0
>30	10	40.0
Total	25	100.0

TABELA 7**Apgar 1'**

	Frequência	Percentagem
APGAR >3	19	76.0
APGAR <=3	6	24.0
Total	25	100.0

TABELA 8**VAF / VC- ventilação mecânica**

	Frequência	Percentagem
VAF 1 ou mais	14	56.0
VAF Não teve	11	44.0
Total	25	100.0

TABELA 9**CPAP (n^a de dias)**

	Frequência	Percentagem
CPAP <5	12	48.0
CPAP >=5	13	52.0
Total	25	100.0

TABELA 10**Alimentação parentérica (nº de dias)**

	Frequência	Percentagem
Alim Parent <9	12	48.0
Alim Parent >=9	13	52.0
Total	25	100.0

TABELA 11**Tempo de internamento na UCIN (nº de dias)**

	Frequência	Percentagem
Internamento <=46	12	48.0
Internamento >46	13	52.0
Total	25	100.0

TABELA 12**Hiperecogenicidade periventricular**

	Frequência	Percentagem
HPV Sim	9	36.0
HPV Não	16	64.0
Total	25	100.0

TABELA 13**Hemorragia intraventricular**

	Frequência	Percentagem
HIV Sim	10	40.0
HIV Não	15	60.0
Total	25	100.0

TABELA 14

QG – quociente geral de desenvolvimento

	Frequência	Porcentagem
QG inferior média	5	20.0
QG na média	10	40.0
QG superior média	10	40.0
Total	25	100.0

TABELA 15

Vinculação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Relação não diferenciada	4	16.0	16.0	16.0
Relação diferenciada	21	84.0	84.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

TABELA 16

Ritmos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não regulados	8	32.0	32.0	32.0
Regulados	17	68.0	68.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

TABELA 17

Sensibilidade materna

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Intervenção	12	48.0	48.0	48.0
Sensível	13	52.0	52.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

TABELA 18

Dimensão representação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baixa quantidade e variedade	13	52.0	52.0	52.0
grande quantidade e variedade	12	48.0	48.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

TABELA 19

Tonalidade da representação.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid desprazer	6	24.0	24.0	24.0
prazer	19	76.0	76.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

TABELA 20

Futuro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Doenças	17	68.0	68.0	68.0
Desenvolvimento	8	32.0	32.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

TABELA 21

CRUZAMENTO DE VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS E BIOLÓGICAS COM INTERAÇÕES (RITMOS, VINCULAÇÃO E SENSIBILIDADE)

Variável que cruza com ritmos	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Peso ao nascer	1.001(1)	1	.317	.394	NR n.s. 10%
Retinopatia	2.241(2)	1	.134	.269	NR n.s. 10%
Alimentação parentérica	.991(3)	1	.319	.411	NR n.s. 10%
Para	.202(4)	1	.653	1.000	NR n.s. 10%
Escolaridade materna	1.152(5)	2	.562		NR n.s. 10%
VAF	.202(6)	1	.653	1.000	NR n.s. 10%
CPAP	.019(7)	1	.891	1.000	NR n.s. 10%
APGAR	1.176(8)	1	.278	.344	NR n.s. 10%

- 1 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.88.
 2 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.28.
 3 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.84.
 4 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.52.
 5 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.24.
 6 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.52.
 7 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.84.
 8 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.92.

Variável que cruza com vinculação	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Peso ao nascer	3.144(1)	1	.076	.116	NR n.s. 10%
Retinopatia	.287(2)	1	.592	.527	NR n.s. 10%
Alimentação parentérica	.008(3)	1	.930	1.000	NR n.s. 10%
Para	.698(4)	1	.404	.604	NR n.s. 10%
Escolaridade materna	.765(5)	2	.682		NR n.s. 10%
VAF	.070(6)	1	.792	1.000	NR n.s. 10%
CPAP	.008(7)	1	.930	1.000	NR n.s. 10%
APGAR	.003(8)	1	.959	1.000	NR n.s. 10%

- 1 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.44.
 2 3 células (75.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de .64.
 3 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.92.
 4 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.76.
 5 3 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.12.
 6 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.76.
 7 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.92.
 8 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de .96.

Continuação tabela 21

Variável que cruza com Sensibilidade materna	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Peso ao nascer	.071(1)	1	.790	1.000	NR n.s. 10%
Retinopatia	1.009(2)	1	.315	.593	NR n.s. 10%
Alimentação parentérica	.037(3)	1	.848	1.000	NR n.s. 10%
Para	.051(4)	1	.821	1.000	NR n.s. 10%
Escolaridade materna	1.004(5)	2	.605	1.000	NR n.s. 10%
VAF	.051(6)	1	.821	1.000	NR n.s. 10%
CPAP	.037(7)	1	.848	1.000	NR n.s. 10%
APGAR	.013(8)	1	.910	1.000	NR n.s. 10%

- 1 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 4.32.
 2 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.92.
 3 0 células (.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 5.76.
 4 0 células (.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 5.28.
 5 5 células (83.3%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.36.
 6 0 células (.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 5.28.
 7 0 células (.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 5.76.
 8 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.88.

Tabela 22

Cruzamentos de variáveis biológicas com Desenvolvimento- QUOCIENTE GERAL DE DESENVOLVIMENTO, RITMOS E EXAME NEUROLÓGICO

Variável que cruza com Desenvolvimento (QG)	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Peso ao nascer	2.431(1)	2	.297		NR n.s. 10%
Retinopatia	.446(2)	2	.800		NR n.s. 10%
HIV	4.167(3)	2	.125		NR n.s. 10%
HPV	.260(4)	2	.878		NR n.s. 10%
Corticóides	.877(5)	2	.645		NR n.s. 10%

1 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.80.

2 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de .80.

3 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.00.

4 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.80.

5 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.20.

Variável que cruza com Exame neurológico	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Peso ao nascer	.011(1)	1	.915	1.000	NR n.s. 10%
Retinopatia	.709(2)	1	.400	.570	NR n.s. 10%
HIV	11.060(3)	1	.001	.002	R n.s. 1%
HPV	.618(4)	1	.432	.661	NR n.s. 10%
Corticóides	.853(5)	1	.356	.624	NR n.s. 10%

1 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.88.

2 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.28.

3 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.20.

4 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.88.

5 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.92.

Variável que cruza com Ritmos	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Peso ao nascer	1.001(1)	1	.317	.394	NR n.s. 10%
Retinopatia	2.241(2)	1	.134	.269	NR n.s. 10%
HIV	.031(3)	1	.861	1.000	NR n.s. 10%
HPV	2.820(4)	1	.093	.182	NR n.s. 10%
Corticóides	.006(5)	1	.936	1.000	NR n.s. 10%

1 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.88.

2 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.28.

3 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.20.

4 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.88.

5 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.92.

TABELA 23

Cruzamentos de variáveis socio-demográficas e biológicas com Representações

Variável que cruza com Representação	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Idade da mãe	1.924(1)	1	.165	.238	NR n.s. 10%
Escolaridade da mãe	.103(2)	2	.950		NR n.s. 10%
Para	1.924(3)	1	.165	.238	NR n.s. 10%
Peso ao nascer	1.212(4)	1	.271	.411	NR n.s. 10%
APGAR	1.102(5)	1	.294	.378	NR n.s. 10%
ACIU	1.470(6)	1	.225	.378	NR n.s. 10%
Antecedentes pré-natais	1.963(7)	1	.161	.226	NR n.s. 10%

- 1 0 células (.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 5.28.
- 2 5 células (83.3%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.36.
- 3 0 células (.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 5.28.
- 4 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 4.32.
- 5 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.88.
- 6 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.36.
- 7 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 4.32.

Variável que cruza com Tonalidade	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Idade da mãe	.115(1)	1	.734	1.000	NR n.s. 10%
Escolaridade da mãe	.564(2)	2	.754		NR n.s. 10%
Para	.365(3)	1	.546	.661	NR n.s. 10%
Peso ao nascer	.024(4)	1	.876	1.000	NR n.s. 10%
APGAR	2.493(5)	1	.114	.278	NR n.s. 10%
ACIU	.503(6)	1	.478	.637	NR n.s. 10%
Antecedentes pré-natais	.672(7)	1	.412	.630	NR n.s. 10%

- 1 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.64.
- 2 3 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.68.
- 3 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.64.
- 4 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.16.
- 5 3 células (75.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.44.
- 6 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.68.
- 7 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.16.

Continuação tabela 23

Variável que cruza com futuro	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Idade da mãe	1.634(1)	1	.201	.389	NR n.s. 10%
Escolaridade da mãe	1.152(2)	2	.562		NR n.s. 10%
Para	.172(3)	1	.678	1.000	NR n.s. 10%
Peso ao nascer	.011(4)	1	.915	1.000	NR n.s. 10%
APGAR	4.360(5)	1	.037	.059	R n.s. 10%
ACIU	.527(6)	1	.468	.640	NR n.s. 10%
Antecedentes pré-natais	.618(7)	1	.432	.661	NR n.s. 10%

1 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.52.

2 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.24.

3 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.52.

4 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.88.

5 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.92.

6 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.24.

7 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.88.

Tabela 24

Cruzamentos de Interação com Desenvolvimento e com Representações

Cruzamento de interação com desenvolvimento

Variável que cruza com Desenvolvimento	Interação	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
QG						
Ritmos		1.103(1)	2	.576		NR n.s. 10%
Vinculação		3.423(2)	2	.181		NR n.s. 10%
Sensibilidade materna		5.369(3)	2	.068		R n.s. 10%
Exames neurológicos						
Ritmos		2.056(4)	1	.152	.205	NR n.s. 10%
Vinculação		.709(5)	1	.400	.570	NR n.s. 10%
Sensibilidade materna		.991(6)	1	.319	.411	NR n.s. 10%
Ritmos						
NA						
Ritmos						
Vinculação		.709(7)	1	.400	.570	NR n.s. 10%
Sensibilidade materna		3.436(8)	1	.064	.097	R n.s. 10%

1 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.60.

2 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de .80.

3 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.40.

4 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.56.

5 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.28.

6 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.84.

7 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.28.

8 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.84.

Tabela 25

Cruzamento de interações com representações

Variável que cruza com Representações	Interacção	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Representação						
Ritmos		2.493(1)	1	.114	.202	NR n.s. 10%
Vinculação		.008(2)	1	.930	1.000	NR n.s. 10%
Sensibilidade materna		.371(3)	1	.543	.695	NR n.s. 10%
Tonalidade						
Ritmos		4.360(4)	1	.037	.059	R n.s. 10%
Vinculação		.003(5)	1	.959	1.000	NR n.s. 10%
Sensibilidade materna		3.949(6)	1	.047	.073	R n.s. 10%
Futuro						
Ritmos		.164(7)	1	.686	1.000	NR n.s. 10%
Vinculação		2.241(8)	1	.134	.269	NR n.s. 10%
Sensibilidade materna		.520(9)	1	.471	.673	NR n.s. 10%

- 1 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.84.
- 2 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.92.
- 3 0 células (.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 5.76.
- 4 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.92.
- 5 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de .96.
- 6 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.88.
- 7 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.56.
- 8 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.28.
- 9 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.84.

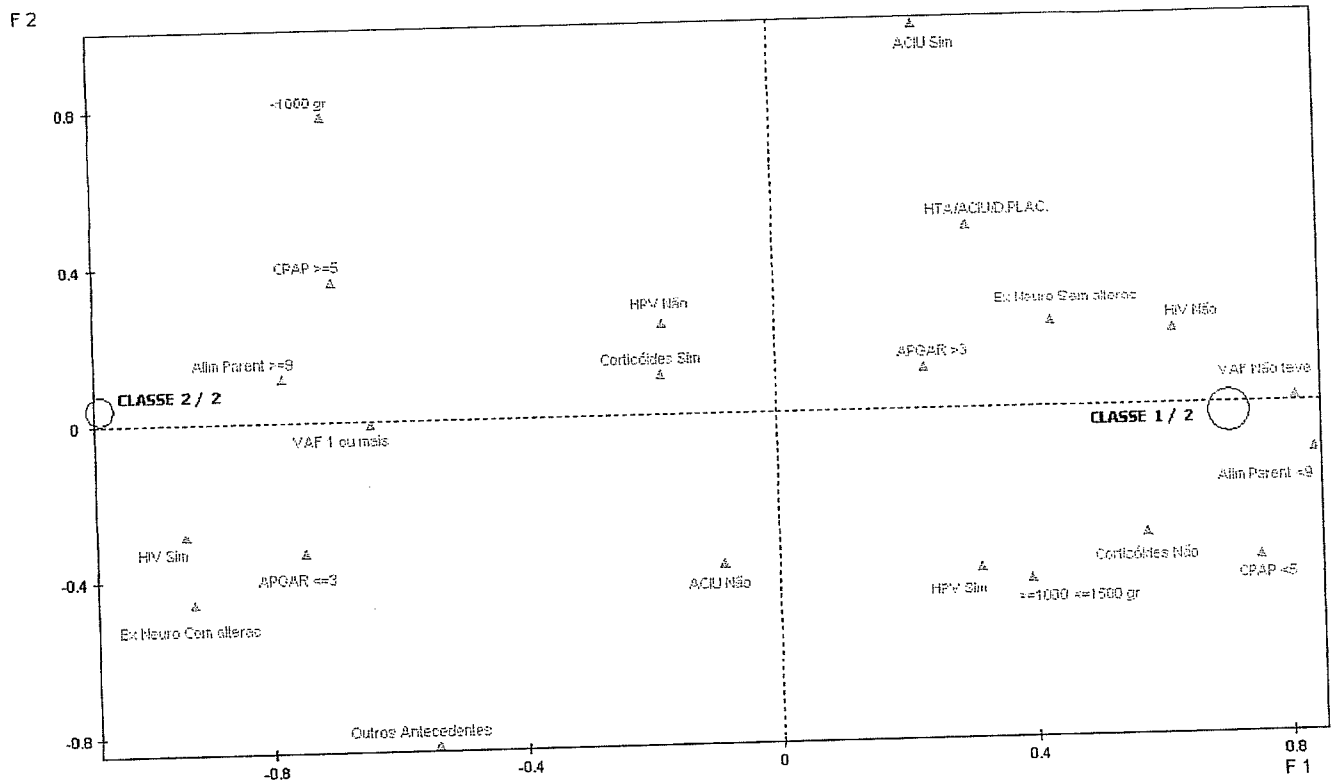
TABELA 26

Cruzamentos Desenvolvimento com Representações

Variável que cruza desenvolvimento com Representações	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Representação					
QG	.962(1)	2	.618		NR n.s. 10%
Exames neurológicos	3.436(2)	1	.064	.097	R n.s. 10%
Ritmos	2.493(3)	1	.114	.202	NR n.s. 10%
Tonalidade					
QG	3.070(4)	2	.215		NR n.s. 10%
Exames neurológicos	3.715(5)	1	.054	.129	NR n.s. 10%
Ritmos	4.360(6)	1	.037	.059	R n.s. 10%
Futuro					
QG	2.482(7)	2	.289		NR n.s. 10%
Exames neurológicos	1.752(8)	1	.186	.359	NR n.s. 10%
Ritmos	.164(9)	1	.686	1.000	NR n.s. 10%

- 1 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.40.
- 2 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.84.
- 3 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 3.84.
- 4 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.20.
- 5 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.92.
- 6 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.92.
- 7 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 1.60.
- 8 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.56.
- 9 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência esperada mínima é de 2.56.

Plano Factorial 1-2



Tabelas 27 - Cruzamentos com classes

Classe 1 representa menor vulnerabilidade biológica

Classe 2 representa maior vulnerabilidade biológica

Total – representa o nº total representativo da amostra N=25

		Classe 1		Classe 2		Total	
		Freq	% Coluna	Freq	% Coluna	Freq	% Coluna
Peso ao nascer	>=1000 <=1500 gr	12	80.0%	4	40.0%	16	64.0%
	<1000 gr	3	20.0%	6	60.0%	9	36.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
Corticoides	Corticóides Sim	11	73.3%	8	80.0%	19	76.0%
	Corticóides Não	4	26.7%	2	20.0%	6	24.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
HPV	HPV Sim	7	46.7%	2	20.0%	9	36.0%
	HPV Não	8	53.3%	8	80.0%	16	64.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
HIV	HIV Sim	2	13.3%	8	80.0%	10	40.0%
	HIV Não	13	86.7%	2	20.0%	15	60.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
Exame neurológico	Ex Neuro Sem alterações	13	86.7%	4	40.0%	17	68.0%
	Ex Neuro Com alterações	2	13.3%	6	60.0%	8	32.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
VAF / VC	VAF 1 ou mais	4	26.7%	10	100.0%	14	56.0%
	VAF Não teve	11	73.3%	0	.0%	11	44.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
Alimentação parentérica	Alim Parent <9	12	80.0%	0	.0%	12	48.0%
	Alim Parent >=9	3	20.0%	10	100.0%	13	52.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
ACIU	ACIU Sim	4	26.7%	3	30.0%	7	28.0%
	ACIU Não	11	73.3%	7	70.0%	18	72.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
Apgar 1'	APGAR >3	13	86.7%	6	60.0%	19	76.0%
	APGAR <=3	2	13.3%	4	40.0%	6	24.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
Antecedentes pré-natais	HTA/ACIU/D.PLAC.	12	80.0%	4	40.0%	16	64.0%
	Outros Antecedentes	3	20.0%	6	60.0%	9	36.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
CPAP	CPAP <5	11	73.3%	1	10.0%	12	48.0%
	CPAP >=5	4	26.7%	9	90.0%	13	52.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%

Tabela 27 continuação

		Classe 1		Classe 2		Total	
		Freq	% Coluna	Freq	% Coluna	Freq	% Coluna
QG	Abaixo da Média	1	6.7%	4	40.0%	5	20.0%
	Dentro da Média	9	60.0%	1	10.0%	10	40.0%
	Acima da Média	5	33.3%	5	50.0%	10	40.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
QA	Abaixo da Média	4	26.7%	6	60.0%	10	40.0%
	Dentro da Média	8	53.3%	2	20.0%	10	40.0%
	Acima da Média	3	20.0%	2	20.0%	5	20.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
QB	Abaixo da Média	3	20.0%	3	30.0%	6	24.0%
	Dentro da Média	9	60.0%	7	70.0%	16	64.0%
	Acima da Média	3	20.0%	0	.0%	3	12.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
QC	Abaixo da Média	1	6.7%	2	20.0%	3	12.0%
	Dentro da Média	12	80.0%	5	50.0%	17	68.0%
	Acima da Média	2	13.3%	3	30.0%	5	20.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
QD	Abaixo da Média	4	26.7%	5	50.0%	9	36.0%
	Dentro da Média	4	26.7%	2	20.0%	6	24.0%
	Acima da Média	7	46.7%	3	30.0%	10	40.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
QE	Abaixo da Média	5	33.3%	4	40.0%	9	36.0%
	Dentro da Média	6	40.0%	3	30.0%	9	36.0%
	Acima da Média	4	26.7%	3	30.0%	7	28.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%

Tabela 27 continuação

		Classe 1		Classe 2		Total	
		Freq	% Coluna	Freq	% Coluna	Freq	% Coluna
Dimensão representação	baixa quantidade e variedade	10	66.7%	3	30.0%	13	52.0%
	grande quantidade e variedade	5	33.3%	7	70.0%	12	48.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
Tonalidade da representação.	desprazer	4	26.7%	2	20.0%	6	24.0%
	prazer	11	73.3%	8	80.0%	19	76.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
Futuro	Doenças	11	73.3%	6	60.0%	17	68.0%
	Desenvolvimento	4	26.7%	4	40.0%	8	32.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
Ritmos	Não regulados	5	33.3%	3	30.0%	8	32.0%
	Regulados	10	66.7%	7	70.0%	17	68.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
Vinculação	Relação não diferenciada	3	20.0%	1	10.0%	4	16.0%
	Relação diferenciada	12	80.0%	9	90.0%	21	84.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%
Sensibilidade materna	Intervenção	7	46.7%	5	50.0%	12	48.0%
	Sensível	8	53.3%	5	50.0%	13	52.0%
	Total	15	100.0%	10	100.0%	25	100.0%

Tabelas 28

Variável que cruza com a pertença de classe	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Quociente Geral - QG	7.500 (1)	2	.024		R n.s. 5%
QA	3.333 (2)	2	.189		NR n.s. 10%
QB	2.344 (3)	2	.310		NR n.s. 10%
QC	2.516 (4)	2	.284		NR n.s. 10%
QD	1.435 (5)	2	.488		NR n.s. 10%
QE	.265 (6)	2	.876		NR n.s. 10%
Representação	3.232 (7)	1	.072	.111	NR n.s. 10%
Tonalidade da representação	.146 (8)	1	.702	1.000	NR n.s. 10%
Futuro	.490 (9)	1	.484	.667	NR n.s. 10%
Ritmos	.031 (10)	1	.861	1.000	NR n.s. 10%
Vinculação	.446 (11)	1	.504	.626	NR n.s. 10%
Sensibilidade	.027 (12)	1	.870	1.000	NR n.s. 10%

- (1) 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 2.00.
- (2) 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 2.00.
- (3) 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 1.20.
- (4) 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 1.20.
- (5) 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 2.40.
- (6) 4 células (66.7%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 2.80.
- (7) 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 4.80.
- (8) 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 2.40.
- (9) 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 3.20.
- (10) 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 3.20.
- (11) 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 1.60.
- (12) 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 4.80.

Tabela 28 continuação

Variável que cruza com a pertença de classe	Valor da estatística de teste	Graus de liberdade	Significância ou p-value	Significância do teste de Fisher	Rejeita ou não rejeita a hipótese
Peso ao nascer	4.167 (1)	1	.041	.087	R n.s. 10%
Corticóides	.146 (2)	1	.702	1.000	NR n.s. 10%
HPV	1.852 (3)	1	.174	.229	NR n.s. 10%
HIV	11.111 (4)	1	.001	.002	R n.s. 1%
Exame neurológico	6.005 (5)	1	.014	.028	R n.s. 5%
VAF / VC	13.095 (6)	1	.000	.001	R n.s. 1%
Alimentação parentérica	15.385 (7)	1	.000	.000	R n.s. 1%
ACIU	.033 (8)	1	.856	1.000	NR n.s. 10%
APGAR	2.339 (9)	1	.126	.175	NR n.s. 10%
Antecedentes pré-natais	4.167 (10)	1	.041	.087	R n.s. 10%
CPAP	9.642 (11)	1	.002	.004	R n.s. 1%

(1) 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 3.60.

(2) 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 2.40.

(3) 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 3.60.

(4) 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 4.00.

(5) 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 3.20.

(6) 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 4.40.

(7) 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 4.80.

(8) 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 2.80.

(9) 2 células (50.0%) têm frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 2.40.

(10) 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 3.60.

(11) 1 célula (25.0%) tem frequência esperada inferior a 5. A frequência mínima esperada é de 4.80.

ANEXOS I I

1ª ENTREVISTA

1- ANTECEDENTES FAMILIARES

Mãe :
Idade
Habilitações literárias
Profissão

Doenças desde a infância

Doenças familiares (avós, tios e primos chegados)

Nº de gestas
Nº de paras

Pai:
Idade
Habilitações literárias
Profissão

Doenças desde a infância

Doenças familiares (avós, tios e primos chegados)

Genograma da família

2-GRAVIDEZ

Consanguinidade
Planeada
Vigiada
Ocorrências da gravidez:

- Infecções
- Contrações
- Perda sanguínea

Medidas e terapêutica

Internamentos: medidas e terapêutica

3-PARTO

Início do Parto:

- Como se desencadeou
- Sinais e sintomas

Tipo de Parto: - Espontâneo

- Provocado: - eutócico
- cesariana : - anestesia geral
- epidural

4-RECÉM-NASCIDO

APGAR /

Ocorrências no parto

5-INTERNAMENTO NA UCIN

Ventilação

Infecções

Icterícia

Anemia

Pneumo. - Doença membrana hialina

Oftalmologia – Retinopatia

Gastro – Enterocolite necrosante

Neurologia – HIV grau

- LPV

Cardiologia

Intervenções terapêuticas:

Alimentação - Parentérica
- Entérica

ACOMPANHAMENTO / ADAPTAÇÃO NA UCIN

Presença, telefonemas,

Envolvimento afectivo da mãe: Interesse/desinteresse
Desânimo/ ânimo
Raiva/ apaziguamento
Alegria/ tristeza
Calma/ ansiosa

Apoios e colaboração nos cuidados de alimentação e higiene

Amamentação

Apoios da família- de que tipo e vindos de quem

Envolvimento do pai do R/N directamente com o R/N e com a mãe

6- Nota de alta

Prescrições e intervenções recomendadas

Consulta aos 4 Meses

I - Entrevista semi-estruturada para levantamento dos seguintes factores somáticos ligados a aspectos funcionais e a aspectos patológicos:

1-Ritmos de alimentação

2-Funcionamento intestinal

3-Progressão de peso

4-Ritmos sono/vigília

5-Ritmo de vida diário

6- Patologias ou sintomas surgidos desde o momento da alta

7-Adaptação da mãe aos ritmos do bebé, física e socio-afectiva : cansada, activa, calma, despreocupada, alegre e bem disposta, triste e em tensão, receosa, relaxada.

8-Apoios à mãe: - de quem e a que nível

9-Necessidades expressas pela mãe

CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO

I - DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Homeostasia : A criança passa facilmente do estado de tensão ao estado de calma ? Não
Sim

A criança adquiriu um ritmo : sono vigília Não
Sim

Vinculação : A criança tem uma relação diferenciada com a mãe ? Sim
Não

de preferência desarmônica
 muito desarmônica

II - A relação mãe-criança parece-lhos : muito harmônica
 De preferência harmônica
 Percepções contraditórias na equipa

III - A criança esteve frequentemente doente durante os 3 primeiros meses ? Sim
Não

Se sim, precisar Número Motivo

IV - Hospitalizações-Separações : A criança já esteve hospitalizada ? Sim
Não

Se sim, precisar, Número Tipo Duração

A criança viveu outras separações a tempo inteiro ? Sim
Não

Se sim, precisar, Número Tipo Duração

V - Preocupações da equipa (em cada caso levar em conta o coeficiente de ponderação)

Relativo a	Criança : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Mãe : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pai : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Família : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, leve em conta o Coeficiente de ponderação				
1) sem preocupação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) preocupação menor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) preocupação média	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) preocupação maior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psicopatologia	Psicopatologia	Psicopatologia	Psicopatologia
	Estado somático	Estado somático	Estado somático	Estado somático
	Relação mãe-bêbê	Relação mãe-bêbê	Relação mãe-bêbê	Relação mãe-bêbê
	Relação Pai-bêbê	Relação Pai-bêbê	Relação Pai-bêbê	Relação Pai-bêbê
	Outras (precisar).....	Outras (precisar).....	Outras (precisar).....	Outras (precisar).....

O coeficiente de ponderação deve ser considerado para cada item

Sensitivity Scale

Adequate Range

Sensitive (14-11)

14-13 Mutual delight, joy in one another; a dance.

12-11 Smooth, pleasing interaction; playful, shared positive affect.

Adequate (10-7)

10-9 Quite satisfactory play; no problems, but no dance.

8-7 Adequate play, but noticeable periods of dissynchrony (either controlling or unresponsive.)

Intervention Range

Inept (5-6)

6-5 Clear, unresolved problems; limited playfulness, but no evidence of hostility or lack of empathy (unresponsiveness).

High-risk Range

At risk (0-4)

4-3 Clear lack of empathy, nevertheless, some feeble (insufficient or unsuccessful) attempt is made to respond to infant; lack of playful quality.

2-0 Total failure to perceive or attempt to sooth infant's distressed state; no play.

ESCALA DE DESENVOLVIMENTO MENTAL DE RUTH GRIFFITHS

LISTA DE ITENS DO TESTE

IDADE	A		B		C		D		E		NOTAS E COMENTÁRIOS					
	LOCOMOTORA		PESSOAL SOCIAL		AUDIÇÃO E LINGUAGEM		OLHO E MÃO		REALIZAÇÃO							
1º Ano	Levanta o queixo da mesa em decúbito ventral.	1	Olha para a pessoa - olhar fugaz.	1	Assurala-se com os sons.	M	1	Segue uma luz em movimento.	1	Reflexo de agarrar o dedo do Observador.	1					
	Empurra com ambos os pés as mãos do examinador.	2	Acalma-se quando lhe pegam ao colo.	M	2	Escuta uma campainha.	2	Fixa por momentos a argola de guizos (ou brinquedo).	2	Reacção ao Papel I. Movimentos generalizados.	2					
1	Segura a cabeça na vertical por alguns segundos.	3	Gosta do banho.	M	3	Emite sons para além do choro.	3	Fixa a argola de guizos parada.	3	Faz movimentos enérgicos com os braços.	3					
	Dá pontapés vigorosamente.	4	Reconhece visualmente a Mãe.	4	4	Lalação - 1 sílaba.	M	4	Segue a argola de guizos - em movimento horizontal.	4	Leva a mão à boca.	M	4			
2	Levanta a cabeça em decúbito ventral.	5	Segue uma pessoa com o olhar.	5	5	Produz 2 sons diferentes.	5	Segue a argola de guizos em movimento vertical.	5	Agarra a vareta posta na sua mão.	5					
	Dá pontapés no banho.	M	6	Sorri.	6	6	Atento à música.	M	6	Desvia o olhar de um objecto para outro.	6	Brinca com os dedos da mão.	M	6		
3	Rota de um dos lados para trás.	7	Vocaliza (murmura) quando lhe falam.	7	7	Procura o som com os olhos.	7	7	Segue a argola de guizos em movimento circular.	7	Reacção ao Papel II. Abana a cabeça vigorosamente.	7				
	Costas firmes, quando o seguram sentado.	8	8	Sorri ou emite um som em resposta ao olhar do examinador.	8	8	Procura o som com movimentos da cabeça.	8	8	Olha para a argola puxada por um fio.	8	Realiza a que lhe trem a vareta.	8			
4	Levanta a cabeça na posição de decúbito dorsal.	9	9	Amigável com estranhos.	M	9	Ri-se alto.	M	9	Agarra a argola quando lhe dão.	9	Olha a caixa amarela, na mesa.	9			
	Levanta a cabeça, ombros e peito em decúbito ventral.	10	10	Expressa duas ou mais emoções reconhecíveis, ex: prazer, medo, tristeza, angústia ou irritação.	10	10	*Conversa* (balbucia) com os outros.	10	10	Explora visualmente um meio ambiente novo.	10	Aperta o cubo colocado na sua mão e agarrá-o.	10			
5	Mantém a cabeça direita continuamente.	11	11	Pára de chorar quando lhe falam.	M	11	Emite um som ou pára de chorar quando ouve música.	M	11	Alcança a argola e agarrá-a.	11	Mostra interesse pela caixa.	11			
	Levanta a cabeça e os ombros em decúbito dorsal.	12	12	Diverte-se quando brincam com ele.	12	12	Vira a cabeça deliberadamente em direcção à campainha.	12	12	Leva a argola à boca.	12	Deixa cair o 1º cubo para agarrar o 2º.	12			
6	Reacção de ganhar: I. Levanta joelhos etc.	13	13	Olha para a imagem no espelho: I. Olha para sua imagem.	13	13	Faz 4 sons diferentes.	13	13	Estende a mão para a argola que baloiça.	13	Reacção ao Papel III. Retira-o.	13			
	Rota de um lado para o outro passando por decúbito dorsal.	14	14	Resiste quando o examinador tenta tirar-lhe a argola.	14	14	Escuta o diapasão.	14	14	Agarra a argola que baloiça.	14	Apanha um cubo ou brinquedo da mesa.	14			
7	Senta-se com um ligeiro apoio.	15	15	Vira a cabeça para a pessoa que lhe fala ou canta.	15	15	Reage quando o chamam.	15	15	As mãos exploram a superfície da mesa.	15	Segura dois cubos.	15			
	Brinca com os dedos dos pés.	M	16	16	Segura uma colher.	16	16	Manipula a campainha.	16	16	Brinca com a argola de guizos.	16	Manipula cubo ou brinquedo.	16		
8	Reacção de andar: I. Movimentos de "dança".	17	17	Movimentos antecipatórios quando alguém faz menção de lhe pegar.	17	17	Procura atrair a atenção.	M	17	Alcança e segura o fio - por qualquer método.	17	Agarra a caixa de cubos.	17			
	Senta-se sozinho por um curto período.	18	18	18	Distingue estranhos de familiares.	18	18	Balbucia 2 sílabas.	18	18	Procura um brinquedo caído.	18	Passa brinquedo ou cubo de uma mão para outra.	18		
9	Reacção de ganhar: II. Anda à roda à volta no chão (pivotar).	19	19	19	Reacção imediata a situações.	19	19	Escuta as conversas.	19	19	Bate com um objecto contra outro.	19	Reacção ao Papel IV. Estende o braço e apanha-o.	19		
	Reacção de ganhar: III. Tenta ganhar vigorosamente.	20	20	20	Manipula uma chavena ou colher a brincar.	20	20	Toca a campainha.	20	20	Alcança a argola por meio de um fio.	20	Manipula dois objectos ao mesmo tempo.	20		
10	Rota de decúbito ventral para decúbito dorsal ou vice-versa.	21	21	21	Zanga-se se lhe retiram um brinquedo.	21	21	Observa imagens durante alguns segundos.	21	21	Olha o examinador a rabeicar.	21	Reacção ao Papel V. Rasgando-o, amarrando-o.	21		
	Reacção de ganhar: IV. Faz alguns progressos para a frente e para trás.	22	22	22	Segura e morisca biscoitos, bolachas, etc.	22	22	Enlazar uma cantona (sons melódicos).	M	22	Esboço de preensão com o indicador e o polegar.	22	Levanta a chavena invertida sobre o brinquedo.	22		
11	Reacção de andar: II. A criança oloca um pé em frente do outro.	23	23	23	Mostra interesse por bebés pequeninos.	23	23	Uma palavra clara, com significado.	23	23	Baloiça a argola pelo cordel.	23	Deixa cair um cubo para agarrar um 3º.	23		
	Fica sentado sozinho no chão.	M	24	24	Ajuda a segurar a chavena ou a caneca para beber.	24	24	Frases balbucadas de 4 sílabas.	24	24	Preensão fina.	24	Chocinha a caixa amarela.	24		
12	*Fica em pé* com ajuda.	25	25	25	Tira o chapéu.	25	25	Gosta de rir e canções infantis.	25	25	Interessa-se pelo carro de brincar.	M	Levanta a tampa da caixa de cubos.	25		
	Senta-se bem numa cadeira.	26	26	26	Bebe por qualquer chavena ou caneca levada junto aos seus lábios.	26	26	Reconhece o proprio nome.	26	26	Gosta de segurar pequenos brinquedos.	26	Encontra o brinquedo debaixo da chavena.	26		
13	Reacção de ganhar: V. Rasga com as mãos e com os joelhos.	27	27	27	Estica-se para que lhe peguem.	27	27	Conversa quando está sozinho ou a descansar.	M	27	*Atrai* objectos.	27	Tenta tirar os cubos da caixa.	27		
	Levanta-se agarrada à mobília.	28	28	28	Come com os dedos (polegar e indicador).	28	28	Abana a cabeça para dizer "Não".	M	28	Oposição completa do polegar.	28	Segura o 3º cubo.	28		
14	Consegue manter-se de pé agarrado, a mobília.	29	29	29	Pega e bebe sem ajuda por canecas tapadas de bebé.	M	29	Diz duas palavras claras.	29	29	Consegue pegar no lápis como se fosse riscar qualquer coisa.	29	Bate com um cubo no outro (imitação).	29		
	Anda de todo agarrado às grades da cama ou do parque.	30	30	30	Dá uma resposta social à sua imagem no espelho: II. Sorri ou brinca com ele.	30	30	Reacção vocal à musica.	M	30	Consegue apontar com o indicador.	30	Manipula caixa, tampa e 2 cubos.	30		
15	Sobe um pequeno dogra ou saliência sem ajuda.	31	31	31	Faz "miminhos".	31	31	Pequenas frases balbucadas (5 ou mais sílabas).	31	31	Brinca puxando a argola com a corda ou um brinquedo pelo fio.	31	Tira os dois cubos da caixa (demonstração).	31		
	Consegue andar apoiado.	32	32	32	Brinca com o outro, jogos interactivos muito simples.	M	32	32	Usa três palavras.	32	32	Com lápis deixa marca no papel.	32	Desembrulha e encontra brinquedo ou cubo.	32	
16	Sobe escadas ou dograus.	33	33	33	Brinca com a chavena, colher ou pires.	33	33	33	Identifica Objectos (1).	33	33	Preferência por uma mão.	M	33	Encaixa O (2 tentativas).	33
	Gosta de empurrar um caminho do bebé, um cavalo do brincar, etc.	M	34	34	Faz adeus.	34	34	34	Tenta definitivamente cantar.	M	34	34	Brinca empurrando caninhos.	34	Tira lampas e cubos das outras duas caixas.	34
17	De pé sozinho.	35	35	35	Interessa-se pelas actividades dos outros.	M	35	35	Identifica Objectos (2).	35	35	35	Consegue segurar quatro cubos ao mesmo tempo.	35	Repõe 2 cubos na caixa, quando encorajada a fazê-lo.	35