



























No que se refere ao uso da chupeta durante o internamento, poucos estudos reportaram a sua incidência e tentaram relacionar o seu uso com a taxa de AM. O Registo do Aleitamento Humano da DGS de 2014<sup>13</sup> refere que 84,1% dos RNs portugueses não utilizaram chupeta durante o internamento. O único estudo português que reporta o uso de chupeta refere uma incidência de 38,8%<sup>29</sup>, um valor bastante inferior ao do nosso estudo (65,4%), no qual encontramos uma associação negativa e estatisticamente significativa entre o seu uso e o AME na data da alta. De facto, a maioria dos estudos reconhece o efeito negativo do uso da chupeta no processo do AM, pelo que a sua introdução deve ser protelada até a amamentação estar bem estabelecida<sup>29,41</sup>. A maioria das puérperas entrevistadas (92,6%) considera-se muito ou suficientemente informadas sobre o AM. No nosso estudo, verificámos que quando este aconselhamento era realizado durante a gravidez, o grau de informação das puérperas era significativamente maior. Apesar da informação acerca do AM estar facilmente acessível através dos media, este pode ser um período chave para a aquisição de informação fidedigna acerca do mesmo.

No nosso estudo, os profissionais de saúde, com destaque para a equipa de enfermagem no internamento e no curso de preparação para o parto, foram a principal fonte de informação sobre o AM. O mesmo se verificou no estudo de *Sarafana S et al*<sup>25</sup>, no qual médicos, enfermeiros e aulas de preparação para o parto perfizeram 65,3% da fonte de informação relativamente ao AM. Num estudo realizado em 2007 no Centro Hospitalar Lisboa Norte<sup>12</sup>, também com inquéritos dirigidos às mães, a informação em relação ao AM proveniente dos médicos correspondeu a apenas 9%, contra os 70% da informação proveniente dos media, familiares e amigos. Na nossa amostra, todas as puérperas consideravam o AM importante, sendo que as principais razões que sustentavam esta importância eram os benefícios reconhecidos para o RN, de acordo com os resultados doutros estudos<sup>12,24,26,28</sup>. De facto, as puérperas parecem valorizar mais ou reconhecer melhor os benefícios bio-

lógicos (imunológicos e nutricionais) do LM em relação aos psicoafetivos (ligação afetiva mãe/filho).

A grande maioria das puérperas não viu as suas expectativas relativamente à amamentação defraudadas após a realidade que experienciaram com o seu RN durante o internamento, tendo isto sido significativamente mais marcado naquelas que se encontravam mais bem informadas relativamente ao AM. A falta de informação pode aumentar os sentimentos de insegurança e de frustração, prejudicando a antecipação de problemas expectáveis e a gestão das dificuldades que podem surgir no decorrer da amamentação<sup>42</sup>.

O presente estudo apresenta algumas limitações, sendo a maior a pequena amostra colhida, que limita a robustez de todos os resultados. Por outro lado, o questionário aplicado não se encontra validado. Contudo, este questionário foi adaptado de outro já aplicado por outros autores<sup>22</sup> e foi sujeito à opinião de vários profissionais da área. A existência de vários entrevistadores – autores do estudo – poderá ter condicionado outro fator de viés. Todavia, tentou-se minimizar este fator com o treino conjunto para uniformização da entrevista realizada às puérperas.

### Conclusões

A proteção, promoção e apoio ao AM constituem uma prioridade de Saúde Pública em todo o mundo. No entanto, a decisão de amamentar é uma decisão pessoal, dependente de múltiplos fatores. Sabe-se que a capacidade de uma mãe na otimização do aleitamento do seu filho, depende do aconselhamento e apoio que recebe nos períodos pré e pós-natal, com os profissionais de saúde a desempenharem um papel essencial nesse sentido. De facto, o sucesso do AM parece passar pela implementação de cuidados como os preconizados pela Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, onde a formação contínua e a proatividade de todos os profissionais de saúde são preponderantes.

### Bibliografia

1. World Health Organization. The global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 7th ed. Philadelphia, Pennsylvania, USA: Saunders; 2010. p. 19.
3. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in

developed countries. *Breastfeed Med.* 2009 Oct;4 Suppl 1:S17-30. doi: 10.1089/bfm.2009.0050. PMID: 19827919.

4. Kim JH. Role of Breast-feeding in the Development of Atopic Dermatitis in Early Childhood. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2017 Jul;9(4):285-7. <https://doi.org/10.4168/aa.2017.9.4.285>

5. Lin B, Dai R, Lu L, Fan X, Yu Y. Breastfeeding and Atopic Dermatitis Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Dermatology*. 2020;236(4):345-360. doi:10.1159/000503781
6. Breastfeeding September 2021. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>
7. UNICEF Nutrition: Breastfeeding [Internet]: UNICEF; 2015 jun 29. Disponível em: [https://www.unicef.org/nutrition/index\\_24824.html](https://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html)
8. UNICEF. Nutrition: Improving breastfeeding, complementary foods and feeding practices [Internet]: UNICEF; 2017 mar 6. Disponível em: [https://www.unicef.org/nutrition/index\\_breastfeeding.html](https://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html)
9. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: Policy brief series. Disponível em: [www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025\\_policybrief\\_overview/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/).
10. Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *Can J Public Health* 2003;94(4):300-305. doi:10.1007/BF03403610.
11. Al-Nuaimi N, Katende G, Arulappan J. Breastfeeding Trends and Determinants: Implications and recommendations for Gulf Cooperation Council countries. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2017;17(2):e155-e161. doi:10.18295/squmj.2016.17.02.004.
12. Sandes AR, Nascimento C, Figueira J, et al. Aleitamento materno: prevalência e fatores condicionantes. *Acta Med Port* 2007; 20: 193-200.
13. Orfão A, Santos Á, Gouveia C, Santos C (Direção Geral da Saúde). Registo de Aleitamento Materno: Relatório janeiro a dezembro 2013 [Internet]: Direção Geral da Saúde; 2014 out. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>.
14. Lopes C, Torres D, Oliveira A, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. Universidade do Porto, 2017. ISBN: 978-989-746-181-1. Disponível em: [www.ian-af.up.pt](http://www.ian-af.up.pt)
15. Lopes de Sousa AF, Carvalho H, Oliveira LB, Schneider G, Camargo E, Watanabe E, et al. Effects of COVID-19 Infection during Pregnancy and Neonatal Prognosis: What Is the Evidence? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):4176. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17114176>
16. Fernández-Carrasco FJ, Vázquez-Lara JM, González-Mey U, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T, Rodríguez-Díaz L. Infección por coronavirus Covid-19 y lactancia materna: una revisión exploratoria [Coronavirus Covid-19 infection and breastfeeding: an exploratory review]. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94:e202005055.
17. Smith V, Seo D, Warty R, Payne O, Salih M, Chin KL, et al. Maternal and neonatal outcomes associated with COVID-19 infection: A systematic review. *PLoS One*. 2020;15(6):e0234187. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0234187>.
18. Chen D, Yang H, Cao Y, Cheng W, Duan T, Fan C, et al. Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection [published correction appears in *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150(1):136]. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;149(2):130-136. <http://doi.org/10.1002/ijgo.13146>.
19. Favre G, Pomar L, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Baud D. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(6):652-653. [http://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30157-2](http://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30157-2).
20. Covid-19 and pregnancy. *BMJ*. 2020;369:m1672. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1672>.
21. Davanzo R, Moro G, Sandri F, Agosti M, Moretti C, Mosca F. Breastfeeding and coronavirus disease-2019: Ad interim indications of the Italian Society of Neonatology endorsed by the Union of European Neonatal & Perinatal Societies. *Matern Child Nutr*. 2020;16(3):e13010. <http://doi.org/10.1111/mcn.13010>.
22. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-and-breastfeeding>. Accessed on 25th September, 2023.
23. Vaz AS, Figueiredo S, Taborda A. Breastfeeding during the COVID-19 pandemic: Experience of a Neonatology Unit. *Nascer e Crescer - Birth and Growth Medical Journal* 2022;31(3):206-211. doi:10.25753/BirthGrowthMJ.v31.i3.21503.
24. Caldeira T, Moreira P, Pinto E. Aleitamento materno: Estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar* 2007; 23(6), 685-99. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i6.10424>.
25. Sarafana S, Abecasis F, Tavares A, Soares I, Gomes A. Aleitamento materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa* 2006; 1 (37), 9-14.
26. Silva T. Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediatr Port* 2013;44(5):223-8.
27. Dias A, Monteiro T, Oliveira D, Guedes A, Godinho C, Alexandrino AM. Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono. *Acta Pediatr Port* 2013;44(6):313-8.
28. Lanzaro C, Santos P, Guerra A, Hespanhol AP, Esteves MJ. Prevalência do aleitamento materno: Comparação entre uma população urbana e uma população rural do norte de Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa* 2015; 46(2), 101-8.
29. Romão P, Durão F, Valente S, Saldanha J. Aleitamento materno: o que mudou em 12 anos. *Nascer e Crescer - Birth and Growth Medical Journal* 2017; 26(3): 171-7.
30. Silva JS, Flor-de-Lima F, Soares H. Aleitamento materno exclusivo: Prevalência na maternidade e durante o segundo mês de vida. *Acta Portuguesa de Nutrição* 2021, 24, 18-20, <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2021.2404>.
31. A Iniciativa Amiga dos Bebês. Disponível em: <https://www.unicef.pt/oque-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes>.
32. Shofiya D, Sumarmi S, Ahmed F. Nutritional Status, Family Income and Early Breastfeeding Initiation as Determinants to Successful Exclusive Breastfeeding. *Journal of Public Health Research*. 2020;9(2). doi:10.4081/jphr.2020.1814.
33. Ulfa Y, Maruyama N, Igarashi Y, Horiuchi S. Early initiation of breastfeeding up to six months among mothers after cesarean section or vaginal birth: A scoping review. *Heliyon*. 2023 May 24;9(6):e16235. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e16235. PMID: 37292274; PMCID: PMC10245156.
34. PORDATA - Estatísticas sobre Portugal e Europa. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>.
35. Molina-García L, Hidalgo-Ruiz M, Cocera-Ruiz EM, Conde-Puertas E, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level. *PLoS One*. 2019 Dec 30;14(12):e0227063. doi: 10.1371/journal.pone.0227063.
36. Li H, Nawsherwan, Fan C, Mubarak S, Nabi G, Ping YX. The trend in delayed childbearing and its potential consequences on pregnancy outcomes: a single center 9-years retrospective cohort study in Hubei, China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Jun 24;22(1):514. doi: 10.1186/s12884-022-04807-8.
37. Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified>.
38. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>.
39. McLennan JD. Changes in caesarean section rates and milk feeding patterns of infants between 1986 and 2013 in the Dominican Republic. *Public Health Nutr* 2016; 19(15), 2688-2697. doi:10.1017/S1368980016000847.
40. Albokhary AA, James MJP. Does cesarean section have an impact on the successful initiation of breastfeeding in Saudi Arabia? *Saudi Med J* 2014; Vol. 35 (11),1400-3.
41. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 30;2016(8):CD007202. doi: 10.1002/14651858.CD007202.pub4.
42. Lopes JM, Chora MA. Aleitamento materno: fatores que contribuem para o abandono precoce. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento* 2019; Vol. 5 n.º 2.

# PERCEÇÃO MATERNA DO SEU RECÉM-NASCIDO: INVENTÁRIO DE PERCEÇÃO NEONATAL DE BROUSSARD

## MATERNAL PERCEPTION OF THEIR NEWBORN: BROUSSARD'S NEONATAL PERCEPTION INVENTORY

Ana Gisela Oliveira<sup>1</sup>, Sónia Andrade Santos<sup>1</sup>,  
Sandra Soares Cardoso<sup>1</sup>, Joaquina Antunes<sup>1</sup>, Cecília Figueiredo<sup>1</sup>, Isabel Andrade<sup>1</sup>

### Resumo

**Introdução:** A percepção materna do comportamento do bebé é determinante na relação entre ambos, com influência na vinculação, e consequentemente no desenvolvimento do bebé. Broussard criou o Inventário de Perceção Neonatal de Broussard (IPNB) para avaliar a percepção materna do seu bebé, explorando seis dimensões comportamentais típicas dos bebés. Os autores pretendiam avaliar a percepção materna do seu bebé, identificando barreiras na construção da relação mãe-filho para prevenção de transtornos relacionados com a vinculação.

**Métodos:** Estudo transversal e descritivo, desenvolvido num Hospital de nível II, através da aplicação do IPNB às puérperas em alojamento conjunto com os seus bebés. Este foi realizado em dois períodos: entre as 24-72 horas de vida do bebé, aquando da recolha dos dados socio-demográficos/médicos maternos e do bebé; entre os 30-45 dias, telefonicamente. Um valor positivo significa uma percepção favorável e negativo/zero desfavorável. Análise realizada através do *Excel 2013* e *Spss*<sup>®27</sup>.

**Resultados:** Obtivemos 131 questionários validados, idade mediana 32 anos, 61,8% multíparas, 84,7% casadas/união de facto, 78,6% grau de instrução secundário ou superior e 77,1% empregadas. Gestação planeada em 92,4%, verificando-se intercorrências em 33,6%. Parto sem intercorrências em 77,9%, eutócico em 58,0%, de termo em 97,7%. IPNB revelou-se positivo na maioria das primíparas e multíparas, com valor médio total superior nas primeiras em ambas as fases (IPNB-I: 3,2 vs 2,9; IPNB-II: 4,7 vs 4,4). O resultado foi negativo/nulo na primeira fase em 25 puérperas (19%) e em 15 na segunda (11%). No segundo momento do estudo, a média *score* IPNB no grupo das empregadas foi de 6,22 e no

### Abstract

**Introduction:** The mother's perception of the baby's behavior is crucial on the relationship between them, with the mother's distance interfering negatively in the baby's development. Broussard created the Broussard Neonatal Perception Inventory (NPI-B) to assess the mother's perception of her baby, exploring six areas. The authors intended to assess the mother's perception of her baby, identifying barriers in building the mother-child relationship to prevent attachment-related disorders.

**Methods:** Cross-sectional and descriptive study, developed in a level II hospital, through the application of the NPI-B to puerperal women in rooming-in with their babies. NPI-B was carried out in two periods: between the 24-72 hours of the baby's life, coincident with the collection of maternal and baby sociodemographic/medical data; between 30-45 days, by telephone. A positive value means a favorable perception and negative/zero an unfavorable perception. Analysis was performed using *Excel 2013* and *Spss*<sup>®27</sup>.

**Results:** We obtained 131 validated questionnaires, median age 32 years, 61,8% multiparous, 84,7% married/cohabiting, 78,6% secondary or higher education or higher and 77,1% employed. Planned pregnancy in 92,4%, with intercurrents in 33,6%. Delivery was uneventful in 77,9%, eutocic in 58,0%, term in 97,7%. NPI-B was positive in most primiparous and multiparous women, with a higher mean total value in the first in both phases (NPI-B I: 3.2 vs 2.9; NPI-B II: 4.7 vs 4.4). The result was negative/null in the first phase in 25 mothers (19%) and in 15 in the second phase (11%). In

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Visu, E.P.E.  
Correspondência: gisela\_s\_oliveira@hotmail.com



das desempregadas 2,97 sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $t(129)=-2,208$ ;  $p=0,029$ ).

**Palavras-chave:** Percepção neonatal, Inventário de Percepção Neonatal, NPI, transição para a maternidade, psicologia; vínculo.

## Introdução

O estabelecimento do vínculo entre mãe e filho é considerada a força central do desenvolvimento ao longo da vida, sendo para o bebé uma necessidade física e psicológica que lhe proporciona conforto e proteção.<sup>1,2</sup> O desenvolvimento do vínculo trata-se de uma experiência profunda e complexa que requer contato físico precoce.<sup>3</sup> As mães iniciam o processo de vinculação durante a gravidez, que continua e se intensifica após o nascimento do filho e ao longo de todas as interações futuras.<sup>2</sup>

Pensa-se que uma forte vinculação entre mãe e filho pode levar a resultados mais positivos no que respeita a comportamentos parentais e melhor desenvolvimento cognitivo e neurocomportamental do bebé, enquanto o fracasso no estabelecimento desse vínculo durante a infância pode ter graves efeitos a longo prazo na relação mãe-filho, com impacto negativo no desenvolvimento da criança. As consequências maternas de um vínculo fraco incluem a falta de sentimentos, irritabilidade, agressividade e rejeição do bebé. Esses comportamentos podem evoluir para negligência, abandono e abuso infantil.<sup>4</sup>

A intervenção precoce na relação mãe-filho parece ser relevante na prevenção de transtornos relacionados a problemas no estabelecimento desse vínculo.<sup>5</sup> A forma como a mãe se relaciona com a criança é influenciada por vários fatores, nomeadamente a percepção que atribui à aparência e ao comportamento do bebé.<sup>2,6</sup> De facto, o que mais parece determinar a qualidade do comportamento interativo da mãe, não é tanto o comportamento efetivo do bebé, mas a percepção que constrói a esse respeito. Mães com percepções negativas podem ter dificuldade em responder às necessidades do seu bebé e em estabelecer uma vinculação saudável.<sup>1,7</sup>

Usando o conceito que a mãe tem da maioria dos bebés como um parâmetro em relação ao comportamento de seu próprio bebé, Broussard concebeu o Inventário de

the second moment of the study, the average NPI-B score in the employed group was 6.22 and in the unemployed group 2.97, with statistically significant difference ( $t(129)=-2.208$ ;  $p=0.029$ ).

**Keywords:** neonatal perception, Neonatal Perception Inventory, NPI, transition to motherhood; psychology, attachment.

Percepção Neonatal (IPNB), validado para português em 2005.<sup>8</sup> Trata-se de um questionário de autorresposta que explora seis dimensões comportamentais típicas dos bebés: choro, alimentação, vômitos, sono, funcionamento dos intestinos/sistema digestivo e rotinas de alimentação e de sono. Estes itens foram selecionados com base nas preocupações que as mães expressam sobre os seus bebés e refletem o estado de funcionamento da unidade mãe-filho durante o período neonatal.<sup>7,8</sup>

O questionário pode ser aplicado em dois momentos distintos do período pós-parto: IPNB-I é usado um a quatro dias após o parto e o IPNB-II cerca de quatro a seis semanas após o parto. Este permite classificar como positiva ou negativa a percepção neonatal da mãe relativamente ao seu bebé. O IPNB pode constituir um instrumento de grande utilidade para avaliar o potencial adaptativo de um sistema mãe-filho. A presença de uma percepção materna positiva durante o primeiro mês de vida não exclui dificuldades futuras no desenvolvimento do bebé, mas a ausência de uma percepção materna positiva do recém-nascido pode estar associada a um alto índice de problemas no desenvolvimento emocional da criança, sugerindo que a mãe poderá estar a experienciar algumas dificuldades, devendo, por isso, proceder-se a uma avaliação mais cuidadosa e, se necessário, intervir junto da mesma.<sup>7,8</sup>

A percepção materna desfavorável relativamente ao seu bebé interfere de forma indesejável no crescimento e desenvolvimento do mesmo, pelo que os autores pretendem avaliar a percepção materna do seu bebé, identificando barreiras na construção da relação mãe-filho, para prevenção de transtornos relacionados com a vinculação.



## Métodos

Realizou-se um estudo prospetivo e longitudinal, no Hospital de São Teotónio, integrado no Centro Hospitalar Tondela-Viseu (hospital de nível II), através da aplicação do IPNB às puérperas em alojamento conjunto com os seus bebés entre outubro e dezembro de 2020. Utilizou-se o questionário de autorresposta validado em português e o estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética do Hospital.

A amostra foi de conveniência, obtida nos primeiros 31 dias do estudo e incluiu as puérperas em alojamento conjunto com os seus bebés que aceitaram participar no projeto. Foram excluídos recém-nascidos internados previamente na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido e recém-nascidos com patologias, como malformações congénitas, incluindo cardiopatias, síndromes, como *Síndrome de Down*, entre outras.

O IPNB foi realizado em dois períodos: um primeiro entre as 24-72 horas de vida do bebé, coincidente com a recolha dos dados socioeconómicos, bem como dados médicos maternos e do bebé (IPNB-I); e um segundo entre os 30-45 dias, telefonicamente (IPNB-II).

Nas entrevistas, os dados foram registados de forma informatizada pelo profissional de saúde utilizando a plataforma *Google Docs*<sup>®</sup>. Os dados da mãe e do bebé foram consultados nos processos clínicos sempre que necessário. Os dados de caracterização sociodemográfica foram: idade materna, estado civil, orientação religiosa, escolaridade, posse de casa própria, situação profissional (empregada/desempregada), proximidade do lar à família (<10 km), gravidez desejada e suporte familiar na gestação.

No que diz respeito aos dados médicos maternos, foram incluídas as seguintes informações: paridade de duas ou mais gestações, número de consultas pré-natais, registo de intercorrências durante a gestação e no parto e o tipo de parto.

As informações relativas ao bebé foram: sexo, peso ao nascimento, idade gestacional em semanas e índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos.

Em ambos os períodos do estudo (IPNB-I e IPNB-II) foram feitos dois grupos de questões à mãe focados nas seis áreas do questionário (choro, dificuldades na alimentação, bolçares, sono, dejeções e rotinas): referentes à maioria dos bebés (escala de “Bebé típico”) e sobre o seu bebé (escala “Seu Bebé”), cujas respostas foram clas-

sificadas na *Escala de Likert*: 1 (nada) a 5 (muito). Para obter uma classificação final da perceção neonatal, ao valor da escala do “Bebé típico” foi subtraído o valor da escala do “Seu Bebé”, sendo que um valor positivo transmitiu uma perceção favorável, enquanto um valor negativo/zero indicou uma perceção desfavorável.

As mães selecionadas foram distribuídas em dois sub-grupos: primíparas e multíparas, quando avaliada a perceção neonatal nas seis áreas (*score* total e por parâmetros). Para as variáveis categóricas, os resultados foram descritos em frequência (absoluta e relativa). As variáveis contínuas foram expressas sob medidas de tendência central e de dispersão de acordo com a sua distribuição normal ou não normal.

Foram realizados testes de hipótese, sendo que as variáveis categóricas foram comparadas entre si através do teste qui-quadrado; as variáveis contínuas foram comparadas através do teste *t-student* e teste *U de Mann-Whitney* em função da sua distribuição normal e não normal respetivamente. Por fim, para aferir se havia correlação linear entre as variáveis contínuas, foi realizado um estudo de correlação através do coeficiente de Pearson e de Spearman.

Para toda a análise foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS<sup>®</sup> versão 27) e Excel<sup>®</sup> (versão 2013). Foram considerados resultados com significância estatística quando  $p < 0,05$ .

## Resultados

Das 148 mães que participaram na primeira fase do estudo (IPNB-I), 17 não responderam ao contacto telefónico no segundo momento do estudo (IPNB-II), contabilizando um total de 131 mães.

As puérperas apresentavam uma mediana de idade de 32 anos, 84,7% estavam casadas ou viviam em união de facto ( $n=111$ ), 78,6% tinham completado pelo menos o ensino secundário ( $n=103$ ) e 22,9% encontravam-se desempregadas na altura do estudo ( $n=30$ ). A gravidez foi desejada em 92,4% ( $n=121$ ), com vigilância pré-natal adequada em 93,1% ( $n=122$ ), tendo sido registadas ocorrências na gestação em 33,6% ( $n=44$ ). O parto foi eutócico em 58,0% dos casos ( $n=76$ ), tendo ocorrido

intercorrências em 22,1% (n=29). Os recém-nascidos apresentaram uma mediana de idade gestacional de 39 semanas, tendo ocorrido 3 partos pré-termo, com idade gestacional mínima de 35 semanas. A mediana do peso ao nascimento foi de 3240g.

Conforme a metodologia descrita, as entrevistadas foram distribuídas em dois subgrupos, de acordo com a paridade, sendo 50 primíparas e 81 multíparas.

As características sociodemográficas da população materna estudada, de acordo com a paridade, encontram-se descritas na Tabela 1.

Destacam-se as diferenças com significado estatístico, como a média de idade entre os dois grupos que diferiu em mais de 2 anos. Relativamente à escolaridade, a

maioria das mães tinha ensino secundário ou superior. Foi possível ainda inferir que ser multípara tem uma chance 2,2 vezes superior de ter casa própria face a ser primípara, IC 95% (1,038; 4,700).

Dados relativos à gestação da população materna estudada, de acordo com a paridade estão apresentados na Tabela 2.

As características gerais do parto e dos recém-nascidos estão descritas na Tabela 3. Ocorreram intercorrências no parto em 22%, incluindo 3 partos pré-termo, com as restantes intercorrências sem gravidade segundo os critérios de inclusão no estudo.

Entre a primeira e segunda fase do questionário IPNB, 71% das mães mantiveram uma percepção positiva do

**Tabela 1 – Características sociodemográficas da população materna estudada, de acordo com a paridade.**

MÃE	Primípara n=50	Multípara n=81	Valor de p
Idade – media em anos (desvio padrão)	30,0 (5,7)	32,7 (4,9)	<b>0,004</b> t
Casada/União de facto – n (%)	39 (78)	72 (89)	0,058 q
Religiosa – n (%)	37 (74)	71 (88)	<b>0,046</b> q
Escolaridade – n (%)			<b>0,024</b> q
1º ciclo	0 (0)	3(4)	
2º ciclo	2 (4)	4 (5)	
3º ciclo	3 (6)	16 (20)	
Ensino Secundário	18 (36)	34 (42)	
Ensino Superior	27 (54)	24 (30)	
Casa própria – n (%)	29 (58)	61 (75)	<b>0,038</b> q
Desempregada – n (%)	7(14)	23 (28)	0,057 q
Mora perto da família – n (%)	37 (74)	69 (85)	0,057 q

Legenda: t – teste t-student; q – teste qui-quadrado.

**Tabela 2 – Dados relativos à gestação da população materna estudada, de acordo com a paridade.**

GESTAÇÃO	Primípara n=50	Multípara n=81	Valor p
Desejada - n (%)	47 (94)	74 (91)	0,580 q
Suporte familiar - n (%)	49 (98)	77 (95)	0,503 q
Vigilância - n (%)			0,757 q
> 2 e < 6 consultas	3 (6)	6 (7)	
≥ 6 consultas	47 (94)	75 (93)	
Intercorrências - n (%)	15 (30)	29 (36)	0,495 q

Legenda: q – teste qui-quadrado.

Tabela 3 – Características gerais do parto e dos recém-nascidos, de acordo com a paridade.

PARTO	Primípara n=50	Multípara n=81	Valor de p
<b>Tipo de parto - n (%)</b>			
Eutócico	22 (44)	54 (67)	<b>0,028</b> q
Distócico ventosa	13 (26)	8 (10)	
Distócico fórceps	0 (0)	1(1)	
Cesariana	15 (30)	18 (22)	
<b>Intercorrências - n (%)</b>	13 (26)	16 (20)	0,535 q
<b>Idade gestacional – mediana (variância)</b>	39 (1,944)	39 (1,238)	0,810 u
<b>Pré-termo - n (%)</b>	2 (4)	1 (1)	
<b>Termo - n (%)</b>	48 (96)	80 (99)	
<b>Sexo feminino - n (%)</b>	33 (66)	38 (47)	<b>0,033</b> q
<b>Peso ao nascer - media em gramas (desvio padrão)</b>	3125 (368)	3277 (379)	0,671 t
<b>Apgar - min, máx</b>	8, 10	5, 10	
1º minuto - mediana	9	9	0,348 q
5º minuto - mediana	10	10	0,142 q
10º minuto - mediana	10	10	0,394 q

Legenda: q – Teste qui-quadrado ; u – Teste U de Mann-Whitney; t – Teste t-student.

seu bebê, 18% passaram de uma percepção negativa inicial (IPNB-I) para uma percepção positiva (IPNB-II), 10% passaram a ter uma percepção negativa do seu bebê na segunda fase e 1% tiveram uma percepção negativa do seu bebê em ambos os momentos (Tabela 4).

A análise das respostas ao IPNB levou aos resultados para cada item analisado, descritos na Tabela 5. A classificação final média da percepção dos seus filhos foi mais alta no grupo das primíparas em ambos os momentos, sendo que no primeiro momento as áreas com

médias mais baixas foram diferentes no grupo das primíparas (rotinas) e das multíparas (choro e bolsares).

Na análise entre as variáveis incluídas na Tabela 6, foi encontrada uma relação com significado estatístico, no segundo momento do estudo, na variável do desemprego, em que a média score final IPNB-II no grupo das empregadas foi de 6,22 e no das desempregadas 2,97, e na idade gestacional, mas nesta última, a correlação é desprezível dado o valor do  $\rho$  de Pearson (Tabela 6).

Tabela 4 – Percepção materna global do seu recém-nascido no IPNB-I e IPNB-II.

		IPNB - II		Totais
		Percepção Positiva	Percepção Negativa	
IPNB - I	Percepção Positiva	93 (71%)	13 (10%)	106 (81%)
	Percepção Negativa	23 (18%)	2 (1%)	25 (19%)
	Totais	116 (89%)	15 (11%)	131 (100%)

Legenda: IPNB - Inventário de Percepção Neonatal de Broussard.

Tabela 5 – Pontuação média, atribuída pelas mães primíparas e múltiparas, para o Inventário de Perceção Neonatal de Broussard, nos dois momentos do estudo, bem como a classificação final (valores em média  $\pm$  desvio padrão).

Média ( $\pm$ desvio padrão)	PRIMÍPARA N=50						MULTÍPARA N=81					
	FASE 1			FASE 2			FASE 1			FASE 2		
	Bebé típico	Filho	Total	Bebé típico	Filho	Total	Bebé típico	Filho	Total	Bebé típico	Filho	Total
CHORO	3,8 ( $\pm$ 0,9)	3,3 ( $\pm$ 1,0)	0,6 ( $\pm$ 1,2)	3,7 ( $\pm$ 1,0)	2,9 ( $\pm$ 1,0)	0,8 ( $\pm$ 1,0)	3,4 ( $\pm$ 0,8)	3,1 ( $\pm$ 0,9)	0,3 ( $\pm$ 0,9)	3,5 ( $\pm$ 0,9)	2,7 ( $\pm$ 0,9)	0,8 ( $\pm$ 1,0)
ALIMENTAÇÃO	3,4 ( $\pm$ 0,9)	2,7 ( $\pm$ 0,9)	0,7 ( $\pm$ 1,0)	3,1 ( $\pm$ 1,0)	2,1 ( $\pm$ 0,8)	1,0 ( $\pm$ 1,2)	3,2 ( $\pm$ 0,8)	2,6 ( $\pm$ 1,0)	0,6 ( $\pm$ 1,0)	3,0 ( $\pm$ 0,9)	2,0 ( $\pm$ 1,0)	1,0 ( $\pm$ 1,0)
BOLÇARES	3,3 ( $\pm$ 0,8)	2,8 ( $\pm$ 0,9)	0,5 ( $\pm$ 1,0)	3,3 ( $\pm$ 1,1)	2,8 ( $\pm$ 1,1)	0,5 ( $\pm$ 0,9)	2,9 ( $\pm$ 0,8)	2,6 ( $\pm$ 0,8)	0,3 ( $\pm$ 0,9)	3,1 ( $\pm$ 1,0)	2,7 ( $\pm$ 1,1)	0,4 ( $\pm$ 1,2)
SONO	3,3 ( $\pm$ 1,0)	2,8 ( $\pm$ 0,9)	0,5 ( $\pm$ 1,0)	3,3 ( $\pm$ 0,9)	2,6 ( $\pm$ 0,9)	0,6 ( $\pm$ 1,3)	3,1 ( $\pm$ 1,0)	2,7 ( $\pm$ 0,9)	0,4 ( $\pm$ 0,9)	3,0 ( $\pm$ 0,8)	2,4 ( $\pm$ 1,0)	0,6 ( $\pm$ 1,1)
DEJEÇÕES	3,5 ( $\pm$ 0,8)	3,0 ( $\pm$ 1,0)	0,5 ( $\pm$ 0,9)	3,3 ( $\pm$ 0,9)	3,0 ( $\pm$ 1,3)	0,9 ( $\pm$ 1,2)	3,4 ( $\pm$ 0,8)	2,6 ( $\pm$ 0,8)	0,8 ( $\pm$ 1,0)	3,5 ( $\pm$ 1,0)	2,7 ( $\pm$ 1,2)	0,8 ( $\pm$ 1,3)
ROTINAS	3,3 ( $\pm$ 0,8)	3,0 ( $\pm$ 1,0)	0,3 ( $\pm$ 0,9)	3,6 ( $\pm$ 0,9)	2,8 ( $\pm$ 0,9)	0,8 ( $\pm$ 1,1)	3,3 ( $\pm$ 0,9)	2,8 ( $\pm$ 0,8)	0,5 ( $\pm$ 0,9)	3,3 ( $\pm$ 0,9)	2,5 ( $\pm$ 0,9)	0,8 ( $\pm$ 1,0)
TOTAL	20,7 ( $\pm$ 2,7)	17,5 ( $\pm$ 3,5)	3,2 ( $\pm$ 2,7)	20,8 ( $\pm$ 3,6)	16,2 ( $\pm$ 3,9)	4,7 ( $\pm$ 4,1)	19,4 ( $\pm$ 2,7)	16,4 ( $\pm$ 3,0)	2,9 ( $\pm$ 3,0)	19,4 ( $\pm$ 3,1)	15,0 ( $\pm$ 3,7)	4,4 ( $\pm$ 3,5)

SETEMBRO

2023/ 45 (2): 55-61

SAÚDE INFANTIL

Tabela 6 – Relação entre as características sociodemográficas, gravidez e gerais do parto e dos recém-nascidos com o score final do Inventário de Perceção Neonatal de Broussard, nos dois momentos do estudo.

Variáveis da amostra	Score final IPNB – I		Score final IPNB – II		
	Análise	Valor p	Análise	Valor p	
Mães	Idade	-,026r	0,764r	-,079r	0,371r
	Estado civil		0,478a		0,730a
	Religiosa		0,710t		0,176t
	Escolaridade		0,478a		0,730a
	Casa própria		0,538t		0,465t
	Morar perto da família		0,460t		0,050t
	Desempregada		0,640t		<b>0,029t</b>
Gravidez	Gestação desejada		0,062t		0,525t
	Suporte familiar		0,535t		0,108t
	Paridade $\geq$ 2		0,606t		0,691t
	Vigiada		0,797t		0,190t
	Intercorrências		0,520t		0,225t
Parto e RN	Tipo de parto		0,664a		0,261a
	Intercorrências		0,101t		0,053t
	Idade gestacional	0,096	0,276r	<b>0,280</b>	<b>0,001r</b>
	Sexo		0,579t		0,911t
Peso ao nascimento	-0,013	0,883r	0,125	0,154r	

Legenda: r – correlação de Pearson; a - teste ANOVA; t – teste t independente; RN - Recém-Nascido.

## Discussão / Conclusão

Relativamente à gestação, a maioria foi desejada, vigiada e teve suporte familiar. A maioria das mães avaliada apresentavam condições consideradas favorecedoras do bem-estar materno e, portanto, do vínculo. As respostas ao IPNB demonstram uma percepção materna global do seu recém-nascido positiva na maioria quando comparados os outros recém-nascidos, nas duas fases. Sendo assim, com expectativa do seu bebê apresentar menos dificuldades do que a maioria dos bebês nas diferentes atividades, independentemente de serem primíparas ou múltíparas, tal como descrito em estudos na literatura.<sup>6,9</sup> Contudo, segundo um estudo de *Moreia H. et al*, foram encontradas diferenças significativas na percepção neonatal do Bebê Típico e do Seu Bebê, entre primíparas e múltíparas, no período imediatamente pós-parto<sup>7</sup>, o que demonstra que o nascimento do primeiro filho pode estar associado à percepção de um maior número de comportamentos não desejados por parte do recém-nascido.

O estudo demonstra que o desemprego influencia negativamente a percepção materna do seu bebê numa fase tardia, entre um mês e mês e meio de vida. Isto pode ser justificado pelo facto de, na primeira fase do estudo o recém-nascido e a mãe se encontrarem ainda no hospital, em condições semelhantes a todas as outras mães, estando ao seu dispor cuidados de enfermagem e apoio de auxiliares de ação médica nos cuidados ao recém-nascido, o que facilita a recuperação da mãe. Já numa segunda fase, quando a mãe se encontra em sua casa, a cuidar de um bebê, muitas vezes sem qualquer apoio durante o dia, em que o desemprego pode condicionar piores condições de habitação, menores possibilidades económicas para acesso a outros apoios, isto pode condicionar negativamente a qualidade de vida das díades mãe-bebé, o que consequentemente se refletirá no vínculo e percepção materna do seu bebê. Num outro es-

tudo da literatura, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao número de anos de escolaridade, não tendo sido encontradas diferenças entre mães com ou sem casa própria<sup>8</sup>; contudo, não foi estudada a situação de empregabilidade.

O resultado da aplicação de um instrumento não pode ser visto de forma isolada, mas, sim, no contexto das respostas individuais de cada família e como possível primeiro passo num processo de avaliação da interação mãe-filho, procurando sinais de alerta que possam ser prevenidos.<sup>9</sup> Os autores consideram que, dado o IPNB permitir identificar díades mãe-bebé disfuncionais, a sua utilização regular deverá ser considerada, dado tratar-se de um instrumento de fácil aplicação pelo profissional e compreensão pelas mães, com o intuito de trabalhar os elementos mais desestabilizadores, prevenindo primariamente as consequências que o estabelecimento de um mau vínculo pode ter na saúde física e psicológica destas crianças.

Vários estudos prévios na literatura sustentam a importância deste instrumento como ponto de partida para o planeamento e implementação de intervenções dirigidas às necessidades específicas de cada sistema relacional mãe-bebé<sup>6-9</sup>, em concordância com o presente estudo. Este trabalho que pode ser feito durante a gravidez, nas consultas de seguimento, no sentido de consciencializar as mães sobre as necessidades/comportamento do seu bebê, alertando para a disponibilidade de ajuda que deve ser procurada precocemente perante dificuldades. Como limitações do estudo a destacar o tamanho da amostra, bem como a ausência de ajuste a potenciais confundidores, dado que não foi avaliada a presença de patologia psiquiátrica materna, que pode ter impacto na percepção da mãe em relação ao seu recém-nascido.

## Bibliografia

- Perrelli JGA, Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. *Revista Paulista de Pediatria* 2014; 32(3): 257-65.
- Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *J Perinat Educ*. 2009; 18(3): 23-9.
- Mooney CG. *Theories of attachment*. St Paul (MN): Redleaf Press; 2010. 1st ed: 1-14.
- Bicking Kinsey C, Hupcey JE. State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *Midwifery*. 2013 Dec; 29(12): 1314-20.
- Cramer B. *The scripts parents write and the roles babies play: the importance of being baby*. Boston: Addison-Wesley; 1992.
- Anjos LS, Lemos DM, Antunes LA, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira AP. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012; 65(4): 571-7.
- Moreira H, Silva S, Oliveira C, Pedrosa A, Canavarro MC, Barros L. Percepção neonatal na transição para a maternidade: Estudos psicométricos do Inventário de Percepção Neonatal numa amostra de mães da população portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica* 2009; 28(2): 81-104.
- Povedano M, Noto I, Pinheiro M, Guinsburg R. Mother's perceptions and expectations regarding their newborn infants: the use of Broussard's neonatal perception inventory. *Revista Paulista de Pediatria* 2011; 29(2): 239-44.
- Carmona EV, Vale IN, Ohara CV, Abrão AC. Percepção materna quanto aos filhos recém-nascidos hospitalizados. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5): 788-793. doi:10.1590/0034-7167.2014670517.





## DESREGULAÇÃO EMOCIONAL: O OUTRO LADO DA PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO

## EMOTION DYSREGULATION: THE FLIP SIDE OF AUTISM SPECTRUM DISORDER

Francisca Bastos Maia<sup>1</sup>, Vânia Martins Miranda<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução:** As crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) geralmente apresentam défices na comunicação e interação social, interesses restritos, comportamentos repetitivos, e características sensoriais atípicas, tornando-as mais vulneráveis à desregulação emocional. De facto, as taxas de desregulação emocional em crianças com PEA variam entre 50% e 80%. O objetivo deste artigo é compreender a preponderância da desregulação emocional nas crianças com PEA com base num caso clínico.

**Relato de caso:** Uma criança de 35 meses de idade foi encaminhada para uma consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência por suspeita de PEA. Ela tinha dificuldades em interagir com os pares, um interesse restrito em letras e números e estereotípias manuais. Além disso, a sua mãe relatava birras com comportamentos de auto e heteroagressividade. Nesse contexto, foram realizadas seis sessões baseadas no modelo DIR/*Floortime*. A sua desregulação emocional foi tão grave que impactou negativamente as sessões de *Floortime*.

**Discussão/Conclusão:** Os défices na regulação emocional das crianças com PEA podem ser reativos ou regulatórios. A literatura tem mostrado que existe uma associação entre competências sociais deficitárias e desregulação emocional. Um estudo mostrou que os comportamentos repetitivos eram os melhores preditores da desregulação emocional. Isto pode indicar que indivíduos com PEA com comportamentos repetitivos são menos capazes de regular as emoções devido a dificuldades em inibir estes comportamentos. A frequência da desregulação emocional em crianças com PEA e o impacto no seu funcionamento levanta a questão se a desregulação emocional não seria

### Abstract

**Introduction:** Children with ASD usually present with social communication and interaction deficits, restricted interests, repetitive behaviors, and atypical sensory characteristics, all of which make them more vulnerable to emotion dysregulation. In fact, rates of emotion dysregulation in children with ASD range from 50% to 80%. The aim of this study is understanding the preponderance of emotion dysregulation in ASD based on a clinical case.

**Case description:** A 35-month-old child was referred to a Child and Adolescent Psychiatry consultation on suspicion of ASD. She had difficulties in interacting with peers, a restricted interest in letters and numbers and possessed a few manual stereotypies with her hands. Additionally, her mother reported some tantrums with occasional self- and hetero-aggressive behaviours. As a result, six DIR/*Floortime* model sessions were held. Her marked emotion dysregulation was so severe that it negatively impacted the *Floortime* sessions.

**Discussion/Conclusion:** The emotion regulation deficits of children with ASD can be both reactive and regulatory. The literature has shown that there is an association between poor social abilities and emotion dysregulation. A relevant study showed that repetitive behaviours were the best predictors of emotion dysregulation. This might indicate that individuals with ASD with severe repetitive behaviours are less able to regulate their emotions due to difficulties inhibiting ongoing behaviours. The frequency of emotion dysregulation in children with ASD and its impact on their functioning raises the question whether emotional dysregulation would not be better concep

<sup>1</sup> Interna de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto

<sup>2</sup> Assistente Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Cento Hospitalar Universitário do Porto

Correspondência: franciscabbmaia@gmail.com

mais bem conceptualizada como sintoma nuclear em vez de sintoma associado. levanta a questão se a desregulação emocional não seria mais bem conceptualizada como sintoma nuclear em vez de sintoma associado.

**Palavras-chave:** Perturbação do Espectro do Autismo, desregulação emocional, diagnóstico.

## Introdução

As crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) geralmente apresentam défices ao nível da comunicação e interação social, interesses restritos, comportamentos repetitivos e características sensoriais atípicas. Todos estes fatores tornam estas crianças mais vulneráveis à desregulação emocional.<sup>1</sup>

Os défices na comunicação social diminuem a capacidade de a criança beneficiar dos cuidadores enquanto modelos de regulação emocional, além de interferir na capacidade da criança para compreender e expressar emoções. Adicionalmente, na primeira infância, crianças com um diagnóstico tardio de PEA apresentam níveis mais elevados de afeto negativo relatado pelos pais, incluindo aumento da tristeza e do medo, menos afeto positivo e mais dificuldades de autorregulação do que os seus pares sem PEA.<sup>2</sup> Indivíduos com PEA também apresentam dificuldades no reconhecimento facial das emoções dos outros<sup>3</sup>, sendo que a prevalência de alexitimia (incapacidade de reconhecer ou descrever as próprias emoções) na PEA situa-se entre os 33.3% e os 63.0%.<sup>4</sup>

A sua intolerância à incerteza prejudica a interpretação das emoções dos outros, incluindo um viés de atribuição hostil<sup>5</sup>, e contribui para emoções secundárias de frustração e raiva. Para além disso, os dados de neuroimagem identificaram anomalias nas reações a estímulos sociais e uma diminuição na integração entre regiões que processam as emoções e as regiões corticais que ajudam a regular a informação emocional.<sup>6</sup>

Por outro lado, estímulos sensoriais (como luzes fluorescentes fortes e o som de eletrodomésticos ou ruídos de rua) podem ser desencadeantes de irritabilidade e até de comportamentos de auto ou heteroagressividade em indivíduos com PEA.<sup>1</sup>

Adicionalmente, a literatura mostrou que os comportamentos repetitivos estão mais fortemente associados com a desregulação emocional.<sup>7</sup> A inflexibilidade e insistência nas mesmas coisas podem entrar em conflito

tualized as a core symptom rather than an associated symptom.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder, emotion dysregulation, diagnosis.

com as exigências do mundo exterior e precipitar explosões intensas face a eventos minor.<sup>1</sup>

A desregulação emocional pode ser definida como a falha em regular emoções de forma adequada e eficaz.<sup>7</sup> Estas respostas podem assumir a forma de irritabilidade, acessos de raiva, birras, comportamentos de autoagressividade, agressões, e desregulação do humor.<sup>8</sup>

Apesar destas respostas não serem sintomas nucleares, elas originam sofrimento significativo e estão associadas a altas taxas de prejuízo social e académico.<sup>9</sup> Além disso, este tipo de respostas externalizantes é uma das preocupações mais comuns apresentadas pelas famílias de crianças com PEA que procuram serviços de saúde mental.<sup>10</sup>

Um estudo de 2012 sugeriu que crianças e adolescentes com PEA usavam estratégias de regulação emocional adaptativas de forma menos eficaz em vez de comportamentos dirigidos a objetivos ou procura de suporte emocional, quando comparadas com crianças com desenvolvimento típico.<sup>11</sup> De facto, as taxas de desregulação emocional em crianças com PEA variam entre 50% a 80%.<sup>1</sup> Adicionalmente, a desregulação emocional tem sido identificada como um contribuidor chave para o desenvolvimento de diagnósticos psiquiátricos em comorbidade e para os resultados globalmente insatisfatórios na PEA.<sup>12</sup>

Neste contexto, o caso clínico descrito abaixo pretende demonstrar a preponderância da desregulação emocional na PEA.

## Relato de caso

Uma criança de 35 meses foi referenciada para a consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência por suspeita de PEA. A sua mãe relatou que ela possuía dificuldades ao nível da interação com os pares, um interesse restrito



em letras e números e apresentava algumas estereotípias manuais. Adicionalmente, a sua mãe reportou algumas birras, nomeadamente em locais com muita gente e diversos estímulos sensoriais (como centros comerciais) e quando contrariada. Nessas ocasiões, ocasionalmente, ela apresentava comportamentos de auto e heteroagressividade dirigidos à mãe.

A menina integrou o infantário em setembro de 2021. No seu primeiro dia de escola, quando a tentaram alimentar, ela bateu em si própria. No entanto, em menos de um mês, ela mostrou-se adaptada à comida da escola. Para além disso, esta criança apresentou algumas birras no infantário, mas que têm vindo a diminuir ao longo do tempo.

De acordo com a mãe, a criança era capaz de estabelecer contacto ocular consigo, no entanto, raramente apontava para o que queria, recorrendo à instrumentalização da mão da mãe para a levar onde quer.

No que concerne a linguagem, a menina já era capaz de construir frases simples e apresentava ecolália imediata.

No que diz respeito às suas estereotípias manuais, a mãe referiu que a menina colocava as mãos muito perto do rosto e abanava-as. Para além disso, de acordo com a sua mãe, a criança rodopiava sobre ela própria e apresentava procura vestibular e auditiva. Ela beneficiava de sessões semanais de terapia ocupacional com integração sensorial e terapia da fala.

A criança nasceu de um parto eutócico às 37 semanas e 3 dias com uma somatometria adequada à idade gestacional. A bebé e a sua mãe tiveram de permanecer no hospital por 5 dias, devido ao facto de a bebé apresentar icterícia com necessidade de fototerapia.

A menina foi amamentada até aos 4 meses e, depois disso, fez aleitamento artificial. Ela iniciou a diversificação alimentar com 6 meses, inicialmente sem dificuldades na introdução de nenhum alimento, estando integrada na dieta familiar aos 12 meses. Contudo, desde os 23 meses, a criança deixou de comer sopa, pão, carne vermelha e peixe em casa.

A criança deitava-se às 21h30 e adormecia passado cerca de meia hora. Por vezes, apresentava despertares noturnos para beber leite e para confirmar se a mãe se encontrava ao seu lado. A menina partilhava a cama com a mãe quando o seu pai estava a trabalhar no estrangeiro e dormia em cama própria no quarto dos pais quando o seu pai se encontrava em Portugal.

A criança vivia com a mãe. O pai trabalhava na Finlândia, permanecendo lá 7 semanas e estando depois uma semana em Portugal. Os seus avós viviam no Brasil. A criança falava diariamente com eles, mas só os via uma vez por ano. No que diz respeito à história familiar, a mãe tinha uma trombofilia e apresentava antecedentes de uma trombose venosa profunda.

Observação da criança: A criança apresentou-se com uma mímica facial expressiva, sorrindo com intencionalidade comunicativa. Estabeleceu e manteve contacto ocular por um período curto, mas este não era modulado. Respondeu ao nome. Iniciou ciclos de comunicação com os técnicos e com os pais. Iniciou atenção conjunta. Apresentou pouca reciprocidade no jogo, apresentando prazer partilhado apenas quando o pai lhe fez cócegas. Apresentou jogo funcional e simbólico. Apresentou agitação psicomotora, com pouco tempo de permanência na tarefa e baixa tolerância à frustração. Apresentou também uma birra durante a consulta. Apresentou estereotípias manuais e uma procura sensorial evidente, nomeadamente táctil, auditiva, vestibular e proprioceptiva. Finalmente, apresentou linguagem inteligível, construindo frases simples e apresentando-se com uma prosódia peculiar.

Tendo em conta que havia dúvidas sobre se estávamos perante uma rapariga com PEA ou *Perturbação do Processamento Sensorial*, decidiu-se propor seis sessões com base no modelo DIR/*Floortime* para clarificação diagnóstica.

Durante as sessões de *Floortime*, a sua desregulação emocional marcada foi tão severa que impactou negativamente estas sessões. Numa das sessões, quando lhe retirámos os cereais que ela estava a comer na sala de espera, a criança perdeu o controlo, gritou, chorou e atirou-se para o chão. Quando o técnico tentou contê-la fisicamente, ela tentou bater com a cabeça contra o corpo do técnico.

Adicionalmente, na quarta sessão, quando o técnico retirou as caixas com as quais ela estava a brincar, ela fez uma birra, gritando e atirando-se para o chão.

Depois das sessões de *Floortime*, prevaleceram algumas dúvidas diagnósticas, pelo que foi realizado o módulo 1 da prova ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*). Nesta prova, ela obteve 16 pontos, cotando acima do ponto de corte para PEA.

Assim, concluiu-se que, para além da criança apresentar uma PEA com uma procura sensorial significativa em várias modalidades, também apresentava uma desregulação emocional evidente com dificuldades significativas na autorregulação.

## Discussão

Os défices ao nível da regulação emocional nas crianças com PEA podem ser tanto reativos como regulatórios e são frequentemente uma das principais razões para a família procurar ajuda. Estas dificuldades podem ser conceptualizadas como consequência dos sintomas nucleares da PEA ou como uma característica independente.<sup>1</sup>

Num estudo de 2019, os autores concluíram que as raparigas com PEA apresentavam maiores níveis de comportamentos de autoagressividade, irritabilidade e problemas atencionais quando comparadas com os rapazes com PEA.<sup>13</sup> Estes achados são particularmente importantes, uma vez que este caso clínico é sobre uma rapariga em que uma das queixas mais proeminentes eram as suas birras frequentes com dificuldades na autorregulação.

No mesmo estudo, os autores concluíram que mais desregulação estava diretamente associada com competências sociais mais fracas e que a desregulação emocional interage com a motivação social, atenuando ou mascarando efetivamente o efeito facilitador da motivação social nas competências sociais.<sup>13</sup>

Para os domínios do comportamento agressivo e da irritabilidade, os efeitos moderadores da desregulação emocional foram mais fortes nas mulheres. Do mesmo modo, os autores observaram um efeito moderador mais forte da agressividade nas raparigas; talvez os sintomas acentuados de agressividade interfiram mais fortemente com os processos sociais nas raparigas do que nos rapazes, porque contrastam com os padrões de comportamento típicos do género. Os seus resultados também sugerem que haver mais sintomas nos domínios congruentes com o género (agressividade para o sexo masculino,

sintomas internalizantes para o sexo feminino) podem ser menos prejudiciais para o sucesso social.<sup>13</sup> Estes efeitos relacionados com o género emergiram apenas para os participantes com competências cognitivas superiores. Estudos anteriores indicam que competências cognitivas mais elevadas em indivíduos com PEA conferem uma maior vulnerabilidade para perturbações internalizantes, com correlações positivas entre o QI (quociente intelectual) destas crianças e a ansiedade.<sup>14</sup>

Os resultados de outro estudo indicam que a gravidade dos sintomas em cada uma das principais características da PEA, incluindo défices na comunicação e interação social, comportamentos repetitivos e anomalias sensoriais, está significativamente relacionada com a desregulação emocional.<sup>7</sup>

Existe uma associação entre fracas competências sociais (ex.: dificuldades na Teoria da Mente e nas competências de tomada de perspetiva) e a desregulação emocional.<sup>7</sup> O mesmo estudo concluiu também que os comportamentos repetitivos parecem ser os melhores preditores de desregulação emocional. Este achado pode indicar que os indivíduos com PEA com comportamentos repetitivos graves são menos capazes de regular as suas emoções devido às dificuldades em inibir os comportamentos em curso.<sup>7</sup>

Esta observação é consistente com um estudo prévio<sup>15</sup> que sugere que a perseveração pode levar ao desenvolvimento e à manutenção de dificuldades na regulação emocional.

No entanto, uma explicação alternativa é que a desregulação emocional na PEA desencadeia mecanismos de controlo compensatórios expressos por comportamentos repetitivos. É importante determinar se é a gravidade dos sintomas nucleares que prediz a desregulação emocional ou se a desregulação emocional está sobretudo relacionada com os comportamentos repetitivos.

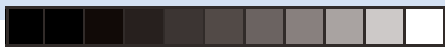
## Conclusão

A frequência da desregulação emocional em crianças com PEA e o seu impacto no funcionamento destas crianças levanta a questão de saber se porventura a desregulação emocional não seria mais bem conceptualizada

como parte das características nucleares do que como um sintoma associado.

## Referências

1. Keluskar J, Reicher D, Gorecki A, Mazefsky C, Crowell JA. Understanding, Assessing, and Intervening with Emotion Dysregulation in Autism Spectrum Disorder - A Developmental Perspective. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2021; 335-48.
2. Filliter JH, Longard J, Lawrence MA, et al. Positive affect in infant siblings of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2015; 567-75.
3. Harms MB, Martin A, Wallace GL. Facial Emotion Recognition in Autism Spectrum Disorders: A Review of Behavioral and Neuroimaging Studies. *Neuropsychology Review - Springer Journal* 2010; 290-322.
4. Kinnaird E, Stewart C, Tchanturia, K. Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry* 2019, 80-9.
5. Meyer JA, Mundy PC, Van Hecke AV, Durocher JS. Social attribution processes and comorbid psychiatric symptoms in children with Asperger syndrome. *Autism* 2009; 383-402.
6. Philip RC, Dauvermann MR, Whalley HC, Baynham K, Lawrie SM, Stanfield, AC. A systematic review and meta-analysis of the fMRI investigation of autism spectrum disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2012.
7. Samson AC, Phillips JM, Parker KJ, Shah S, Gross JJ. Emotion Dysregulation and the Core Features of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2013.
8. Quek, LH, Sofronoff K, Sheffield J, White A., Kelly A. Co-occurring anger in young people with Asperger's syndrome. *Journal of Clinical Psychology* 2012; 1142-8.
9. Kaat AJ, Gadow KD, Lecavalier L. Psychiatric symptom impairment in children with autism spectrum disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2013; 959-69.
10. Arnold LE, Vitiello B, McDougle C, et al. Parent-defined target symptoms respond to risperidone in RUPP autism study: Customer approach to clinical trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 1443-50.
11. Jahromi LB, Meek SE, Ober-Reynolds S. Emotion regulation in the context of frustration in children with high functioning autism and their typical peers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2012; 1250-8.
12. Cai RY, Richdale AL, Uljarević M, Dissanayake C, Samson, AC. Emotion regulation in autism spectrum disorder: Where we are and where we need to go. *Autism Research* 2018; 962-78.
13. Neuhaus E, Webb SJ, Bernier RA. Linking social motivation with social skill: The role of emotion dysregulation in autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology* 2019; 931-43.
14. Sukhodolsky DG, Scahill L, Gadow KD, et al. Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008; 117-28.
15. Mazefsky CA, Pelphrey KA, Dahl RE. The Need for a Broader Approach to Emotion Regulation. *Child Development Perspectives* 2012; 92-7.





## POLAQUIÚRIA DIURNA ISOLADA

Mariana Cortez Ferreira<sup>1</sup>, Cátia Martins<sup>1</sup>, Manuel Salgado<sup>1</sup>

### Definição

Frequência miccional diurna anormalmente aumentada associada a pequenos volumes miccionais (<50% da capacidade vesical esperada, tipicamente 10-15%), sem outra sintomatologia génito-urinária, numa criança com controlo dos esfíncteres.<sup>1</sup>

Frequência miccional:  $\geq 1$  micção/hora, podendo nalguns casos haver micções a cada 5 minutos.<sup>2</sup>

Devem ser excluídas polidipsia, diabetes mellitus, diabetes insípida, poliúria diurna, infeção do trato urinário (ITU) ou síndrome viral.<sup>1</sup>

### Prevalência

É bastante comum entre os principais distúrbios funcionais das crianças (12.1%).<sup>3</sup>

É uma condição subdiagnosticada e frequentemente confundida com ITU, contudo pensa-se que possa ser uma causa de aumento da frequência urinária tão ou mais comum do que a ITU.

### Idade

Em média surge aos 5-7 anos de idade e geralmente persiste durante 6 meses.<sup>3</sup>

### Etiologia

Os dados disponíveis na literatura não permitem estabelecer uma etiologia clara. Contudo, parece estar frequentemente associado a:<sup>1-3</sup>

- problemas psicossociais ou *stress* emocional (divórcio dos pais, nascimento de um irmão, *stress* relacionado com a escola, *bullying*, ...);
- consumo excessivo de bebidas ácidas (contendo laranja, maçã, uva, toranja ou tomate) ou bebidas ricas em oxalato (chá preto ou *ice tea*);
- obstipação.

Parece haver uma diminuição significativa dos casos de polaquiúria diurna isolada durante o Verão comparativamente às outras estações do ano, o que pode suportar

parcialmente a teoria de que o *stress* emocional associado à escola é um fator de risco.<sup>3</sup>

Existe também evidência que pode surgir após uma infeção respiratória alta.<sup>3</sup>

### Diagnóstico

Assenta sobretudo na história clínica e no exame físico, sendo uma condição facilmente reconhecida e que necessita de poucos exames complementares de diagnóstico. É imprescindível a realização de uma urina tipo II e urocultura para exclusão de outras patologias, tais como ITU, *diabetes mellitus* ou diabetes insípida.

O diário miccional com o registo dos volumes de líquidos ingeridos e volumes das micções durante o dia (pequenos volumes e frequentes) e da primeira micção da manhã com volume de acordo com a capacidade vesical esperada é uma ferramenta importante para excluir outras causas. Nalguns casos a ecografia renal e vesical com avaliação da capacidade e resíduo pós-miccional pode ser necessária.

### Diagnóstico Diferencial

**Tabela 1 - Condições que devem ser consideradas na criança com suspeita de polaquiúria diurna isolada.**

- › Infeções do trato genito-urinário
- › Abuso sexual
- › Bexiga hiperativa
- › Condições que cursam com poliúria  
*Diabetes mellitus, diabetes insípida e nefrocalcinose*
- › Fármacos  
*Anti-histamínicos, diuréticos, teofilina, cisaprida, drogas psicotrópicas*
- › Urolitíase
- › Obstrução do trato urinário

Adaptado de: Bergmann M, Corigliano T, Ataia I, *et al.* Childhood extraordinary daytime urinary frequency – a case series and a systematic literature review. *Pediatr Nephrol* 2009;24:789e95.

<sup>1</sup> Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
Correspondência: Manuel Salgado – mbsalgado27@gmail.com

## Tratamento

- Tranquilização dos pais;
- Recomendações dietéticas;
- > liberalizar a ingestão de água;
- > reduzir o consumo de bebidas ácidas, ricas em oxalato ou em cafeína;
- Tentar diferir a micção por períodos de tempo progressivamente maiores;
- Corrigir a obstipação se estiver presente;
- Intervenção cognitivo-comportamental em casos com duração  $\geq 3$  meses e nos quais há identificação clara de problemas psicossociais ou stress emocional;
- Terapêutica farmacológica (anticolinérgicos) pode ser tentada em crianças com sintomas graves e prolongados, mas há estudos que indicam que a resposta é muito baixa (a polaquiúria diurna isolada é causada por um problema de sensibilidade e não de instabilidade vesical).

## Prognóstico

É uma condição urinária funcional, comum e benigna. Embora resolva espontaneamente, pode persistir apenas durante alguns dias ou vários meses ou anos, sendo uma causa comum de frustração tanto para as crianças como para os pais.

## Informação para os pais

- Trata-se de uma condição benigna e autolimitada, pelo que é essencial ter paciência, a criança vai ficar bem;

## Bibliografia

1. Austin PF, Bauer SB, Bower W, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2016;35(4):471-81. <https://doi.org/10.1002/nau.22751>.
2. Li Y, Zhang Y, Liu C, et al. Treatment Experience of 210 Pediatric Patients With Extraordinary Daytime Urinary Frequency: A Prospective Study. *Front. Pediatr.* 2021;9:713810. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.713810>.
3. Marzuillo P, Diplomatico M, Marotta R, et al. Extraordinary daytime only urinary frequency in childhood: Prevalence, diagnosis, and management. *J PediatrUrol*2018;14(2):177e1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.12.005>.

- Na maioria das situações não são necessários exames invasivos, o diagnóstico assenta na clínica, na observação da criança e no exame da urina;
- É importante procurar se existe relação com stress emocional e, caso este esteja presente, tentar abordá-lo;
- Evitar o consumo excessivo de bebidas ácidas ou ricas em oxalato;
- Corrigir obstipação quando existe.

## Crítérios de Referenciação

- Exame de urina sugestivo de ITU, *diabetes mellitus* ou diabetes insípida;
- Suspeita de abuso sexual;
- Suspeita de patologia nefrourológica: associação com outros sintomas como disúria, incontinência, urgência miccional ou enurese;
- Casos com duração  $\geq 3$  meses e nos quais há identificação clara de problemas psicossociais ou stress emocional que podem beneficiar de intervenção cognitivo-comportamental;
- Casos com duração prolongada (>6 meses), sem desencadeante evidente;
- Crianças com sintomas graves e limitantes, com grande impacto na qualidade de vida.



