



# **Estudo comparativo das representações maternas em díades com bebés de termo e extremo pré-termo**

Dissertação apresentada na Escola Superior de Educação de Lisboa para obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação

Especialidade Intervenção Precoce

**Ana Rita Costa Silva Gonçalves Almeida**

**2017**



# **Estudo comparativo das representações maternas em díades com bebés de termo e extremo pré-termo**

Dissertação apresentada na Escola Superior de Educação de Lisboa para obtenção do  
grau de mestre em Ciências da Educação

Especialidade Intervenção Precoce

**Ana Rita Costa Silva Gonçalves Almeida**

**Orientadora:** Professora Doutora Marina Fuertes

**2017**

## AGRADECIMENTOS

A vida prega-nos partidas, boas e más, e nem sempre tudo corre da forma como pensámos, programámos e sonhámos. Por isso a conclusão deste trabalho só foi possível graças a várias pessoas, às quais não posso deixar de agradecer. O meu muito obrigada...

À Professora Doutora Marina Fuertes, por toda a compreensão, palavras de motivação, entusiasmo, inspiração e por todas as aprendizagens que fiz ao longo dos últimos meses. Com as suas palavras amigas é impossível sentirmo-nos sozinhos;

À Dra. Maria João Alves por toda a disponibilidade e ajuda na elaboração deste trabalho, que sei que foi sempre de coração;

À minha colega de trabalho, Rute Casimiro, sobretudo pela promessa que fizemos uma à outra e que felizmente conseguimos cumprir, de chegar juntas ao final desta etapa;

Às minhas grandes companheiras e amigas de viagem neste mestrado, Alice Domingos e Elisabete Vaz, porque sem vocês tudo teria sido diferente. Foi uma alegria ter estado sempre ao vosso lado e ter-vos sempre comigo;

À minha mãe e ao meu irmão, os meus pilares, porque estivemos, estamos e estaremos sempre juntos. Por me incentivarem sempre a tentar fazer e a dar o meu melhor;

Ao meu marido, por acreditar sempre em mim e nas minhas capacidades incondicionalmente, por ter percebido sempre que para eu chegar aqui também nós teríamos de trabalhar em equipa...esta foi uma etapa que terminámos os dois;

Ao meu querido bebé, Francisco, porque és o que tenho de mais precioso na vida. Cada sorriso teu é sempre uma lufada de ar fresco e de incentivo;

Ao meu pai, o agradecimento mais especial. O agradecimento que só ele sabe pelas conversas que continuamos a ter diariamente. Quem o conhecia sabe que neste momento serias a pessoa mais orgulhosa à face da Terra...por ti nunca, em momento algum, poderia ter desistido.

## ÍNDICE GERAL

Resumo	
Abstract	
Introdução.....	1
Estado de arte.....	2
O Bebê Prematuro.....	2
Interações humanas no Desenvolvimento humano.....	4
Vinculação e Representações Maternas.....	5
Representações das mães dos bebês prematuros.....	7
Presente estudo.....	9
Métodos.....	9
Participantes.....	9
Procedimentos.....	12
Análise dos dados.....	14
Resultados.....	14
Frequência das representações maternas das mães dos bebês de termo e prematuríssimos.....	14
Relação entre as representações maternas e as variáveis demográficas ao nascimento.....	19
Discussão dos resultados.....	23
Considerações finais .....	28
Limitações e sugestões para futuros estudos.....	32
Referências Bibliográficas.....	32

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Frequência de bebês do gênero masculino e feminino, de acordo com os grupos de estudo.....	10
Tabela 2. Frequência da nacionalidade materna, de acordo com os grupos de estudo.....	11
Tabela 3. Frequência de nascimento em função do tipo de parto, de acordo com os grupos de estudo.....	11
Tabela 4. Médias, desvios padrão, mínimos, máximos e valores de t-student relativos aos dados demográficos dos bebês e das suas famílias nos grupos de estudo.....	12
Tabela 5. Frequência de respostas maternas à questão Gravidez desejada nos grupos de estudo.....	15
Tabela 6. Frequência de respostas maternas à questão Aceitação da gravidez nos grupos de estudo.....	16
Tabela 7. Frequência de respostas maternas à questão Receou pela saúde/vida do bebê durante a gravidez nos grupos de estudo.....	16
Tabela 8. Frequência de respostas maternas à questão Quando sentiu amor pelo seu bebê pela 1ª vez nos grupos de estudo.....	17
Tabela 9. Frequência de respostas maternas à questão Caracterização do temperamento do seu bebê nos grupos de estudo.....	17
Tabela 10. Frequência de respostas maternas à questão Dificuldades no futuro nos grupos de estudo.....	18
Tabela 11. Frequência de respostas maternas à questão Como será cuidar do seu bebê nos grupos de estudo.....	19
Tabela 12. Comparação de médias para os fatores demográficos entre as respostas Desejei e não desejei a gravidez.....	20
Tabela 13. Comparação de médias para os fatores demográficos entre as respostas Não senti medo e senti muito medo na gravidez.....	21
Tabela 14. Comparação de médias para os fatores demográficos entre as respostas Não espero sentir dificuldades no futuro e não pensar nisso agora.....	22
Tabela 15. Comparação de médias para os fatores demográficos entre as respostas Vai ser bom cuidar do meu bebê e Vai ser Difícil e vou aprender.....	23

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

FFSF – Face to Face Still-Face

IG – Idade Gestacional

OMS – Organização Mundial de Saúde

PG – Peso Gestacional

FIV – Fertilização *in vitro*

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Central Ocidental

SPSS – Statistical Product and Service Solutions

NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

# **Estudo comparativo das representações maternas em díades com bebês de termo e extremo pré-termo**

## **RESUMO:**

**Resumo:** A investigação prévia tem indicado que as mães dos bebês de pré-termo comparadas com as mães dos bebês de termo têm uma percepção mais negativa do temperamento do bebê. Alguns estudos indicam que as representações maternas estão associadas à vinculação. Num estudo português verificou-se que as mães dos bebês de pré-termo (saudáveis e nascidos entre as 32 e 36 semanas de gestação) estavam mais preocupadas com o desenvolvimento e saúde dos seus filhos do que as mães dos bebês de termo, mas eram mais confiantes quanto ao futuro. No intuito de investigar as representações maternas em díades com bebês de extremo pré-termo ou prematuríssimos (idade gestacional inferior a 32 semanas), comparando-as com díades de bebês de termo (idade gestacional superior a 37 semanas), as mães foram entrevistadas nas primeiras 72 horas após o parto acerca do desenrolar da gravidez, do parto, do nascimento antecipado, da maternidade e do futuro desenvolvimento do bebê. No estudo participaram 20 díades mãe-filho(a) de bebês de extremo pré-termo e 41 de termo. Os resultados indicam que a gravidez foi mais desejada e temida nas mães dos bebês de extremo pré-termo. Talvez por isso, e porque os seus filhos ainda estão em risco de vida, as mães destes bebês não querem antecipar o futuro. Em percentagem, as mães dos bebês de termo descrevem mais os seus filhos como calmos quando comparadas com as outras mães em estudo. As representações maternas são explicadas pelo peso, idade, índice de APGAR do bebê bem como pelo número de filhos e idade das mães.

Os dados serão discutidos à luz das práticas de intervenção precoce, suportadas na evidência e na ação preventiva, junto de pais de crianças nascidas de extremo pré-termo.

**Palavras-chave:** *Prematuridade; Representações Maternas; Família; Intervenção Precoce*

# **Comparative study of mother representations in dyads with term and extremely preterm infants**

## **ABSTRACT:**

**Abstract:** Previous researches show that mothers of preterm infants, compared with term mothers, have a more negative perception about their babies' temper. Some studies show that mother representations are associated with engagement. In a Portuguese study it was seen that mothers of preterm infants (healthy and born between 32 and 36 weeks of gestation) were more worried with their babies' health and development, in comparison with term mothers, although more confident about the babies' future. With the intention of investigating mother representations in dyads with extremely preterm infants (gestational age inferior to 32 weeks) in comparison with dyads with term infants (gestational age superior to 37 weeks), mothers were interviewed in the first 72 hours after birth about pregnancy progression, labor, anticipated birth, motherhood, and future development of the baby. 20 mothers of extremely preterm infants and 41 mothers of term infants took part in this study. The results show that pregnancy was more desired and more feared by mothers of extremely preterm infants. Perhaps because their babies are still at life risk, mothers of these still do not want to anticipate the future. In percentage, term mothers describe their offspring as calm when compared with other mothers in study. Mother representations are explained by weight, age, baby's APGAR, as well as number of children and mother's age.

The obtained data will be discussed in the light of early childhood intervention practices backed by evidence and preventive action with parents of extremely premature birth children.

**Keywords:** Prematurity; Mother Representations; Family; Early Childhood Intervention

## INTRODUÇÃO

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

O projeto de investigação original, em suma, pretende pesquisar numa amostra de 60 bebês nascidos com idade gestacional (IG) inferior a 32 semanas a sua autorregulação comportamental e autonómica (através das respostas cardíacas) do bebé no Face to Face Still-Face (FFSF), bem como a qualidade de interação mãe-filho(a) em jogo livre, aos 3 e 9 meses de idade corrigida dos bebês. Adicionalmente, pretende-se verificar o impacto destas variáveis independentes na qualidade da vinculação (segura, insegura e desorganizada) avaliada na Situação Estranha (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) aos 12 e 18 meses. Colocou-se como hipótese que a autorregulação e a qualidade da interação mãe-filho(a) contribuem independentemente para a qualidade da vinculação.

O presente estudo tem assim, como principal objetivo, investigar as representações maternas em díades com bebês de extremo pré-termo ou prematuríssimos (IG inferior a 32 semanas), comparando-as com díades de bebês de termo (IG superior a 37 semanas). A dissertação encontra-se organizada sob a forma de artigo que, depois de discutido em provas públicas, deverá ser submetido a uma revista indexada a uma base de dados, e do qual fazem parte: um resumo em português, um resumo em inglês, breve enquadramento teórico, objetivos do estudo, métodos utilizados, apresentação de resultados, análise e discussão dos resultados, considerações finais, limitações e sugestões para futuros estudos e as referências bibliográficas.

## **ESTADO DE ARTE**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), os bebês que nascem antes das 37 semanas de gestação, sendo por isso considerados bebês prematuros, apresentam um risco superior de atraso ou alteração de desenvolvimento quando comparados com os bebês nascidos com mais de 37 semanas de gestação (bebês de termo). Este risco aumenta com a diminuição da IG e do peso gestacional (PG). Adicionalmente, estes bebês apresentam maior prevalência de problemas de saúde e de risco de não sobrevivência. Tais problemas afetam a autorregulação do bebê e são fatores que potenciam a ansiedade dos pais e, conseqüentemente, a relação mãe-filho(a) (Antunes, Barbosa, Gonçalves, Ribeiro, Justo, Gomes-Pedro, Lopes dos Santos, Lamônica & Fuertes, 2016). Perante a prematuridade, num processo de afetação mútua e transacional, as díades pais-bebês podem apresentar maior dificuldade de interação e de envolvimento, tendendo a uma maior dificuldade de autoregulação (Sameroff & Fiese, 2000).

Nas últimas décadas, os avanços científicos e tecnológicos conduziram à melhoria dos cuidados de saúde perinatais, resultando numa diminuição significativa da taxa de mortalidade associada à prematuridade, quer de bebês muito prematuros (28 a 31 semanas de IG), quer de bebês extremamente prematuros (menos de 28 semanas de IG) ou com extremo baixo peso (inferior a 1500g) (Saigal & Doyle, 2008; Dall'Oglio, Rosiello, Coletti, Bultrini, De Marchis, Ravà, Caselli, Paris & Cuttini, 2010). Revela-se de grande importância saber mais sobre este bebê muito ou extremamente prematuro e, sobre como prevenir riscos para o seu desenvolvimento. Neste estudo, ao visar conhecer as representações das mães, queremos compreender melhor o “ponto de partida” destes bebês junto da sua primeira figura de vinculação.

### **O Bebê Prematuro**

O período entre as 20 e as 32 semanas de IG caracteriza-se por um rápido crescimento e desenvolvimento cerebral (Cunha, Cadete, Virella & Grupo do registo Nacional de Muito Baixo Peso, 2010; Colvin, McGuire & Fowlie, 2004). Embora se saiba que o nascimento prematuro tem uma etiologia multifatorial, estas causas resultam da interação de vários mecanismos assim como do efeito independente de alguns deles (Murphy, 2007). Na literatura científica são mencionados fatores de risco epidemiológicos (e.g., fatores maternos, paternos e familiares), ambientais (e.g.,

socioeconómicos, psicossociais, stress, infeções, problemas de nutrição e poluição), genéticos e epigenéticos (*op cit.*).

Entre outros fatores comuns à prematuridade, incluem-se gravidezes múltiplas, fertilização *in vitro* (FIV), posicionamento da placenta, influências genéticas, patologias uterinas, infeções, condições crónicas (e.g., diabetes e pressão arterial elevada), características de gestações anteriores, intercorrências maternas durante a gestação, características socioeconómicas, qualidade da assistência à saúde durante o período pré-natal e o parto, estilo de vida (e.g., consumo de álcool/drogas; má nutrição) e características individuais da mulher (Melo, Oliveira & Mathias, 2013; Sansavini, Pentimonti, Justice, Guarini, Savini, Alessandrini & Faldella, 2014, OMS, 2016).

Devido à antecipação no contato com o mundo exterior, o prematuro pode enfrentar dificuldades de maturação inadequada dos mecanismos enzimáticos, respiratórios, renais, metabólicos, hematológicos e imunológicos (Madden, 2000). O recém-nascido prematuro pode ainda sofrer alterações pós-natais, apresentando alterações clínicas tais como hemorragias intra e periventriculares, doenças respiratórias e cardíacas, infeções, distúrbios metabólicos, hematológicos, gastrointestinais, dificuldades na manutenção da temperatura corporal e asfixia perinatal (Medeiros, Zanin & Alves, 2009).

Em termos neuronais e com base em estudos com recurso a neuroimagem, verificaram-se alterações estruturais como a diminuição do volume cerebral global, do córtex, do cerebelo e alterações da mielinização (Allin, Henderson, Suckling, Nosarti, Rushe, Fearon, Stewart, Bullmore, Rifkin & Murray, 2004; Rathbone, Counsell, Kapellou, Dyet, Kennea, Hajnal, Allsop, Cowan & Edwards, 2011), aparentemente relacionadas com défices cognitivos a médio e a longo prazo (Rathbone, et al., 2011). As sequelas mais frequentes da prematuridade são a paralisia cerebral, défice cognitivo e alterações neurossensoriais moderadas a graves (Saigal & Doyle, 2008; Colvin, McGuire & Fowlie, 2004). Posteriormente, sobretudo em idade escolar, encontra-se uma maior prevalência de disfunções mais subtis em ex-prematuros, tais como dificuldades de aprendizagem, perturbações da linguagem, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, e outras alterações do comportamento (Saigal & Doyle, 2008; Lindstrom, Lindblad & Hjern, 2011; Barre, Morgan, Doyle & Andreson, 2011). Estas perturbações parecem persistir na adolescência e idade adulta (Saigal & Doyle, 2008). Não obstante, a maioria dos prematuros sobrevive e sem sequelas graves. É admirável que, face a tantas considerações adversas, tantos ex-prematuros

se inscrevam posteriormente nos níveis de desenvolvimento esperados, alcançando também qualidade de vida e de saúde. É conhecido que aleitamento materno, a boa evolução ponderal e do perímetro cefálico, o nível sociocultural superior e o ambiente familiar favorável exercem um efeito protetor no neurodesenvolvimento destas crianças (Lindstrom, Lindblad & Hjern, 2011; Franz, Pohlandt, Bode, Mihatsch, Sander, Kron & Steinmacher, 2009; Belfort, Rifas-Shiman, Sullivan, Collins, McPhee, Ryan, Kleinman, Gillman, Gibson & Makrides, 2011).

De acordo com a literatura, as dificuldades da criança poderão ser agravadas por sentimentos de incompetência da mãe face aos padrões de choro, atenção e interação do bebé (O'Brien, Soliday, & McCluskey, 1995; Goldberg & Di Vitto, 1995). Estas dificuldades sentidas pela mãe poderão dificultar o seu investimento na interação com o bebé e favorecer o aparecimento de diferentes perturbações. Assim, torna-se premente a necessidade de avaliar as preocupações dos pais para uma intervenção adequada junto da criança e da sua família (Algarvio, Leal, Maroco & Matono, 2008). Fuertes (2016) destaca que uma boa relação com os pais, com os irmãos, um ambiente estimulante e acolhedor são centrais na recuperação em caso de acidentes neurológicos e, atenuam especialmente os incidentes de baixo a moderado risco para a saúde e desenvolvimento da criança.

Apesar das dificuldades iniciais, muitos pais de bebés prematuros estabelecem interações positivas e prestam cuidados excelentes aos seus filhos (um reduzido número é negligente e/ou abusivo) (revisão em Fuertes, Justo, Barbosa, Leopoldo, Lopes, Gomes Pedro & Sparrow, 2012). A probabilidade dos problemas mencionados anteriormente são tanto menor quanto menor for o número de fatores de risco associados ao bebé (e.g., ser saudável, exibir menos choro) e à família (e.g., fatores socioeconómicos, saúde mental dos pais, estruturas de apoio à família) (Antunes et al., 2016).

### **Interações humanas no Desenvolvimento humano**

O bebé vem preparado para interagir e para aprender desde logo o seu papel na interação (Shonkoff & Phillips, 2000). Nas suas primeiras interações, ele vai integrar as experiências vividas sob a forma de informação para mapear o seu funcionamento no mundo: “como reagir à luz”, “que voz procurar” “como informar a família de que tenho fome” (Tronick & Gianino, 1986).

Adicionalmente, o bebé tem a capacidade de recuperar relativamente depressa

das interações negativas (comparado com o adulto), de tentar várias vezes e de tentar de diversas formas (Crittenden, 1995a, 1995b). Neste processo e ao longo de várias tentativas, o bebê aprende várias estratégias e compõe o seu mapa de representação interna das relações (Bowlby, 1958). A relação de vinculação, resultante de uma predisposição selecionada ao longo da filogênese, uma vez ativado o sistema de vinculação, também ele é confrontado com as respostas do meio (Fuentes, 2012).

No jogo interativo, a criança aprende se pode esperar ou não pelo apoio do adulto, e quando pode arriscar. Deste modo, a sua necessidade de exploração do mundo (sistema de exploração) vai se articulando com a necessidade de se relacionar e de obter proteção por parte das figuras de vinculação (sistema de vinculação). O adulto que acarinha e protege a criança, mas simultaneamente estimula e apoia a exploração, oferece-lhe uma base segura. A base segura (“expectativa relativamente à resposta dos outros, mas também noção aprendida de relevância pessoal da criança”) contribui para a construção de uma personalidade confiante (Ainsworth, 1965).

Curiosamente, antes de falar, andar ou desenhar o bebê elabora uma complexa estratégia afetiva. O cérebro prioriza a vinculação sobre qualquer outra capacidade ou aprendizagem nos primeiros tempos de vida (Fuentes & Luís, 2014).

O estudo da qualidade da vinculação assumiu marcada influência na psicologia do desenvolvimento com o acumular de evidências que, consistentemente, apontam para uma relação entre a segurança da vinculação estabelecida no primeiro ano de vida e o desenvolvimento subsequente (infantil e juvenil) (ver revisão em Sigelman, 1999, van IJzendoorn, Juffer & Klein Poelhuis, 2005; Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 2008). Bowlby (1969/1982) propôs que a vinculação não segue um único caminho. Para o autor, as diferenças individuais na qualidade da vinculação são moldadas pela experiência e pelas representações do bebê estabelecidas a partir dessas experiências (modelos dinâmicos internos), e como veremos afetadas também pelas representações dos pais, também eles herdeiros de uma determinada experiência de vinculação.

### **Vinculação e Representações Maternas**

O conceito de vinculação designa o processo pelo qual o indivíduo estabelece uma ligação afetiva privilegiada e duradoura com a figura que habitualmente lhe dispensa os cuidados maternos (Ainsworth, 1989). A resposta materna atenta, pronta e adequada parece favorecer uma vinculação segura, libertando a criança para a

exploração (Ainsworth, 1965; Bowlby, 1969).

As experiências de vinculação parecem ter um papel importante na regulação da experiência interpessoal dos indivíduos. Operando desde as fases iniciais da existência, estes fenómenos começam a marcar processos de construção da personalidade, numa altura em que a criança não dispõe ainda da aptidão para representar claramente os objetos, os sentimentos ou as emoções (Soares, Lopes dos Santos, Jongenelen, Henriques, Silva, Figueiredo, Mascarenhas, Machado, Neves, Serra, Silva, Cunha & Costa, 1996; Fuertes & Lopes dos Santos, 2003).

No caso dos prematuros as suas experiências podem ser distintas. Alguns estudos descrevem as mães dos bebés de pré-termo como tendo mais dificuldade na interação com os seus filhos, comparativamente às mães de bebés de termo (Di Vitto & Goldberg, 1979; Field, 1979; Zarling, Hirsch & Landry, 1988). Nalguns casos por serem intrusivas, noutros por serem demasiado estimulantes (Feldman & Eidelman, 2007; Field, 1979; Minde, Perrotta & Marton, 1985; Muller-Nix, Forcada-Guex, Perrehumbert, Jaunin, Borghini & Ansermet, 2004), este comportamento materno tem sido entendido como uma tentativa de compensar o comportamento menos responsivo do bebé (ver revisão em Goldberg & Di Vitto, 1995). Estes aspetos desafiam o desenvolvimento da sensibilidade, co-regulação e interações contingentes nas díades mãe-bebés prematuros (Fogel, 1992; Gianino & Tronick, 1988).

No que diz respeito ao vínculo mãe-bebé a prematuridade em si não é um fator de risco (e.g., Fuertes, Faria, Fink & Barbosa, 2011; Cox, Hopkins & Hans, 2000). Mesmo com as dificuldades descritas anteriormente, as díades aprendem a readaptar-se às novas condições e apoiar-se mutuamente para as ultrapassar. No entanto, quando as amostras são caracterizadas por fatores de risco adicionais, como o baixo nível socioeconómico (Wille, 1991), baixa escolaridade materna (Pederson & Moran, 1996), problemas de saúde do bebé (Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick & Roloff, 1986), ou depressão materna (Poehlmann & Fiese, 2001), o parto prematuro está associado a uma maior prevalência de vinculação insegura (ver também Fuertes, 2005, para uma revisão).

A vinculação tem início num processo biológico ainda prévio ao nascimento a partir das representações nas quais as mães idealizam o bebé e se preparam para a maternidade. Deste modo, as representações maternas são estruturantes do próprio processo de vinculação (Stern, 2000).

*E quando começam as representações maternas?* A partir do terceiro trimestre da gravidez, as mulheres desenvolvem uma representação mais clara e rica dos seus bebês (Ammaniti, Baumgartner, Candelori, Perucchini, Pola, Tambelli & Zampino, 1992). Alguns autores propõem que estas primeiras representações preparam as mães para os cuidados maternos, dado que a vinculação é central na espécie humana (e.g., Brazelton & Cramer, 1990). Alguns estudos indicam que as representações maternas no primeiro trimestre estão associadas aos movimentos e aos níveis de atividade fetal, organizados posteriormente em ciclos e padrões que são interpretados pela mãe (Brazelton & Cramer, 1990; Korja, Savonlahti, Haataja, Lapinleimu, Manninen, Piha, Lehtonen & Grp, 2009). Essas representações geradas durante o período perinatal parecem afetar a relação mãe-bebê (e.g., Benoit, Parker & Zeanah, 1997; Zeanah, Benoit, Hirshberg, Barton & Regan, 1994). No entanto, o nascimento prematuro revela o verdadeiro bebê que a mãe confronta com o bebê idealizado. As representações prenatais estão abertas a mudanças decorrentes da interação real e, a necessidade de cuidar do bebê irá ajustar as expectativas da mãe ao recém-nascido (Stern, 1998; Fava-Vizziello, Antonioli, Cocci & Invernizzi, 1993). Portanto, pouco depois do nascimento, os pais podem formar representações novas e mais precisas de seu recém-nascido "real" (Benoit, Parker & Zeanah, 1997).

As representações maternas podem ser entendidas como experiências subjetivas internas das mães com os seus bebês (Zeanah & Benoit, 1995). Representações maternas equilibradas e positivas, medidas pré e pós-natal, têm sido associadas ao vínculo seguro (Benoit et al., 1997; Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin & Sherman, 1989; Cox et al., 2000; Izard, Haynes, Chisholm & Baak, 1991; Kochanska, 1998; Zeanah et al., 1994; Korja et al., 2009). Os bebês cujas mães caracterizam o seu temperamento como mais positivo e estável tendem a desenvolver um vínculo seguro com as suas mães no final do primeiro ano de vida (Benoit et al., 1997; Bretherton et al., 1989; Cox et al., 2000; Fuertes, Lopes dos Santos, Beeghly, & Tronick, 2006; 2009; Izard et al., 1991; Kochanska, 1998; Zeanah et al., 1994).

### **Representações das mães dos bebês prematuros**

Embora o papel das representações maternas na vinculação mãe-filho(a) tenha sido alvo de investigação, poucos têm sido os estudos sobre as representações das mães nos primeiros dias após o parto. A maioria dos estudos ocorre durante o período pré-natal ou durante a infância (e.g., aos 3, 6 ou 9 meses). Além disso, apenas alguns

estudos compararam as representações maternas em díades com recém-nascidos de pré-termo e termo (Fuertes et al., 2011).

Num estudo longitudinal desenvolvido por Fuertes e sua equipa (2011), sobre as representações das mães de 60 bebés de termo e 57 bebés pré-termo (nascidos entre as 31 e 36 semanas de gestação), os resultados indicaram que comparativamente às mães de termo, as mães dos bebés prematuros apresentavam percepções mais negativas acerca da gravidez e do parto. Os relatos indicam a experiência traumática que este parto constituiu. No momento da entrevista, realizada nos primeiros 3 dias de vida do bebé, muitas mães apresentavam-se mais preocupadas com a saúde e desenvolvimento do seu bebé. Contudo, as mães dos bebés de pré-termo eram mais confiantes quanto ao futuro dos seus filhos e mostravam-se mais otimistas quanto às suas capacidades para se relacionarem positivamente com eles. Estas mães consideravam que quando fossem para casa seria bom cuidar dos seus filhos, desejavam a alta e a melhoria dos seus bebés. De acordo com os resultados deste estudo, aos 9 meses, no grupo dos bebés pré-termo, as mães com representações maternas mais positivas acerca do temperamento dos bebés tinham expectativas mais positivas acerca do seu desenvolvimento, e também consideravam ter um bom suporte familiar e social. Aos 12 meses, a vinculação segura estava associada com as representações maternas positivas aos 9 meses. Com efeito, os resultados indicaram que os bebés classificados com uma vinculação segura tinham sido percebidos como menos difíceis, em média, do que os bebés classificados como inseguros-evitante ou inseguros-resistente (Fuertes, Lopes-dos-Santos, Beegly & Tronick, 2006, 2009).

Em suma, diretamente ou indiretamente parece existir uma relação entre as representações maternas e a subsequente qualidade da vinculação estabelecida entre mães e filhos (Fuertes et al., 2011).

Contudo, pouco se sabe ainda sobre as representações das mães dos bebés prematuríssimos (bebés muito e extremamente prematuros).

## **PRESENTE ESTUDO**

Na continuidade dos estudos anteriores sobre as representações maternas em díades com bebés de termo e pré-termo, pretendeu-se averiguar e comparar as representações maternas acerca da gravidez, nascimento, maternidade e desenvolvimento dos filhos em díades com bebés de extremo pré-termo (IG inferior a 32 semanas) e de termo (IG superior a 37 semanas). Para o efeito, as representações sobre a maternidade foram recolhidas através de uma Entrevista Materna nas primeiras 72 horas de vida do bebé (Fuentes, 2005). Concretamente, os objetivos específicos deste estudo são:

- Conhecer a reação materna à notícia da gravidez;
- Averiguar até que ponto a gravidez foi desejada;
- Recolher, ainda que retrospectivamente, informação acerca dos sentimentos, receios e expectativas que acompanharam o processo da gestação;
- Averiguar a qualidade percebida do suporte médico e familiar prestado à gestante;
- Conhecer a reação à notícia da prematuridade do parto;
- Averiguar as primeiras reações e sentimentos de ligação ao bebé;
- Conhecer as expectativas e conhecimentos da mãe relativamente ao comportamento e às competências sensório-perceptivas do seu bebé;
- Indagar as expectativas relativamente à prestação de cuidados à criança, após alta da unidade de cuidados neonatais.

## **MÉTODOS**

### **Participantes**

No presente estudo foram comparadas duas amostras independentes: uma constituída por 20 díades, cujas crianças nascidas de extremo pré-termo (IG inferior a 32 semanas) se encontravam internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), no Concelho de Lisboa; e uma amostra/grupo de controlo constituída por 41 díades, cujas crianças nasceram de

termo (IG superior a 37 semanas), recolhida num estudo prévio realizado no Hospital de São João, no Porto.

O recrutamento dos recém-nascidos de extremo pré-termo obedeceu aos seguintes critérios que filtraram a sua seleção:

- a) IG abaixo das 32 semanas de gestação;
- b) não existência de malformações congénitas ou doenças genéticas;

O recrutamento das mães exigiu que:

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

Relativamente ao género dos participantes em cada uma das amostras, e tal como podemos observar na tabela 1, as amostras são aproximadas na representação de género. A percentagem de meninas no grupo de bebés de termo é 58.5% e de 60% no grupo de bebés prematuríssimos.

Tabela 1

*Frequência de bebés do género masculino e feminino, de acordo com os grupos de estudo*

		Amostra		Total
		Termo	Prematuríssimos	
Género do bebé	Masculino	17	8	25
	Feminino	24	12	36
Total		41	20	61

Em relação à nacionalidade das mães participantes verificou-se que 82.9% mães dos bebés de termo tinham nacionalidade portuguesa e 70% das mães dos prematuríssimos eram de nacionalidade portuguesa.

Tabela 2

*Frequência da nacionalidade materna, de acordo com os grupos de estudo*

		Amostra		Total
		Termo	Prematuríssimos	
Nacionalidade da mãe	Portuguesa	34	14	48
	Brasileira	1	1	2
	Angolana	3	2	5
	Cabo Verdiana	0	2	2
	Guineense	3	0	3
	Ucraniana	0	1	1
	Total	41	20	61

Através da análise da tabela 3, onde se encontram os dados referentes ao tipo de parto de cada uma das amostras, é possível verificar em relação à amostra dos bebés de termo uma repartição entre os partos eutócicos e distócicos. Nos prematuríssimos a maioria dos partos foram distócicos (75%), tendo ocorrido apenas 25% de partos eutócicos.

Tabela 3

*Frequência de nascimentos em função do tipo de parto, de acordo com os grupos de estudo*

		Amostra		Total
		Termo	Prematuríssimos	
Parto	Eutócito	20	5	25
	Distócito	20	15	35
Total		40	20	60

Analisando a tabela 4, as mães e os pais dos bebés de termo são mais novos e têm mais filhos comparativamente aos prematuríssimos. As mães e os pais dos bebés de termo apresentam em média mais anos de escolaridade.

Tabela 4

*Médias, desvios padrão, mínimos, máximos e valores de t-student relativos aos dados demográficos dos bebés e das suas famílias nos grupos de estudo*

	<b>Amostra</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
APGAR ao 1º minuto	Termo	41	2	10	8.59	1.60
	Prematuríssimos	19	1	9	5.68	2.95
APGAR ao 5º minuto	Termo	41	8	10	9.83	.44
	Prematuríssimos	19	2	10	7.95	1.72
Idade gestacional do bebé	Termo	41	36	41	38.73	1.23
	Prematuríssimos	20	23.5	31.6	28.34	2.51
Peso do bebé à nascença em gramas	Termo	41	2345	4190	3238.66	398.56
	Prematuríssimos	20	625	2135	1108.35	378.72
Número de irmãos do bebé	Termo	40	0	3	1.33	.57
	Prematuríssimos	20	0	3	.75	.85
Nº filhos da mãe	Termo	40	0	3	1.33	.57
	Prematuríssimos	20	0	4	.80	1.15
Idade da mãe	Termo	41	16	43	25.29	6.26
	Prematuríssimos	20	26	42	33.95	4.36
Idade do pai	Termo	37	17	54	27.76	7.97
	Prematuríssimos	19	28	53	36.68	6.39
Anos de escolaridade da mãe	Termo	41	6	15	11.24	2.23
	Prematuríssimos	20	1	3	2.10	.72
Anos de escolaridade do pai	Termo	37	7	15	10.86	2.02
	Prematuríssimos	18	1	3	2.00	.84

## Procedimentos

Aprovado pelo Conselho de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), este estudo foi realizado em colaboração com a Equipa de Medicina e a Equipa de Enfermagem do Serviço de Neonatologia do HSFx, Faculdade de

Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto e a Escola Superior de Educação de Lisboa.

Numa primeira fase, e após indicação da equipa de enfermagem do Serviço de Neonatologia do HSFX, que ajudavam a rastrear os potenciais participantes no estudo, tendo por base os critérios que filtravam a inclusão das mães e dos bebés no estudo (mencionados anteriormente na caracterização dos participantes), era realizado um Primeiro Contacto com a família, por uma investigadora que apresentava o projeto de investigação (propósitos e procedimentos) e convidava a família a participar.

As mães participantes aceitaram colaborar no estudo de acordo com as regras do consentimento livre e informado da Associação Americana de Psicologia. Deste modo, garantiu-se que a participação no estudo era voluntária, confidencial e com possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo para as famílias.

Os dados demográficos e clínicos foram recolhidos junto das famílias através da ficha de Anamnese, e completados com os processos clínicos hospitalares disponibilizados pelo Serviço de Neonatologia do HSFX. A ficha de anamnese permitiu recolher os dados pessoais da mãe e do pai; agregado familiar; condições da habitação; informação pré-natal, perinatal e pós-natal (número de gestações anteriores; número de partos; acompanhamento médico; tipo de parto; intercorrências no parto; situação clínica do bebé no momento do parto; duração do internamento; cuidados especiais).

A recolha de dados relativos às representações maternas foram obtidos através da Entrevista Materna (Fuentes, 2005), semi-diretiva, previamente desenvolvida e testada numa amostra de bebés pré-termo, que foi recolhida até às 72h após o parto. A entrevista às mães decorreu no Serviço de Neonatologia do HSFX, onde os recém-nascidos se encontravam em regime de internamento. A entrevista decorria no quarto da puérpera ou num gabinete do Serviço de Neonatologia, garantido toda a privacidade e confidencialidade.

A entrevista teve como propósito central explorar as representações maternas relativamente ao desenrolar da gravidez, ao nascimento antecipado, à maternidade e ao seu filho prematuro. A entrevista está organizada nos seguintes temas: desenrolar da gravidez; expectativas e emoções afetivas na gravidez; reação ao nascimento antecipado/prematuridade; relação com o seu filho recém-nascido; conhecimento das capacidades sensório perceptivas do bebé e à maternidade e futuro imediato. Das

respostas abertas foi possível extrair os seguintes indicadores: se a gravidez foi ou não planeada; qual a reação materna e paterna à notícia da gravidez; qual reação de outros membros da família; existência ou não de suporte familiar, social e/ou de serviços médicos de acompanhamento; preocupações, sentimentos e sensações perante o bebê imaginado/real, preocupações/medos relacionados com o bebê; quando se sentiu amor pela primeira vez; quais os sentimentos/sensações ao tocar/ver o bebê pela primeira vez; sentimentos face ao afastamento do bebê; classificação do temperamento do bebê; se a mãe considera que o bebê já ouve/vê; sobre como será cuidar do bebê; possíveis dificuldades; apoio/rede de suporte.

## **Análise dos dados**

Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva e inferencial usando a versão 22 do programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS). A estatística descritiva foi usada para calcular as médias e os respetivos desvios padrão dos dados demográficos e da frequência das respostas maternas na entrevista. A estatística inferencial foi usada para calcular as diferenças de médias entre as variáveis dicotómicas e pontuação dos itens das escalas. O estudo de associações por correlação permitiu descrever a associação entre as variáveis contínuas. O nível de significância foi assumido a .05 e a normalidade da distribuição das variáveis foi testada para efeitos de decisão entre estatística paramétrica e não paramétrica.

## **RESULTADOS**

### **Frequências das representações maternas das mães dos bebês de termo e prematuríssimos**

Com base na aplicação da Entrevista Materna (Fuentes, 2005) apresentamos as representações maternas das mães dos bebês de termo e das mães dos bebês prematuríssimos relativamente ao desenrolar da gravidez, ao nascimento antecipado, à maternidade e ao seu filho prematuro. Para o efeito foram analisadas as seguintes

categorias: gravidez desejada, aceitação da gravidez, receio pela saúde/vida do seu bebê durante a gravidez, quando sentiu amor pelo seu bebê pela 1ª vez, caracterização do temperamento do bebê, dificuldades no futuro e como será cuidar do seu bebê.

No que diz respeito ao indicador **Desejo da gravidez**, verifica-se que os 75% dos prematuríssimos foram desejados pelas suas mães, contrastando com 39% das mães dos bebês de termo que relatam ter desejado esta gravidez. Com efeito, a maioria das mães de bebês de termo afirmou que não desejou a gravidez (ver tabela 5).

Tabela 5

*Frequência de respostas maternas à questão Gravidez desejada nos grupos de estudo*

		Amostra		
		Termo	Prematuríssimos	Total
Gravidez desejada	Não	25	4	29
	Sim	16	15	31
	Indeterminado	0	1	1
Total		41	20	61

Relativamente ao indicador **Aceitação da gravidez** constatou-se que, tanto no grupo de bebês de termo como na amostra de bebês prematuríssimos, as mães revelam um sentimento positivo perante a aceitação da gravidez, como pode ser observado na tabela 6. Foram encontrados resultados próximos, na medida em que 95% das mães dos bebês prematuríssimos e 92.7% das mães dos bebês de termo aceitaram bem a gravidez.

Tabela 6

*Frequência de respostas maternas à questão Aceitação da gravidez nos grupos de estudo*

		Amostra		Total
		Termo	Prematuríssimos	
Aceitou bem a sua gravidez	Não	3	0	3
	Sim	38	19	57
	Indeterminado	0	1	1
Total		41	20	61

Na análise da categoria **Receio pela saúde/vida do bebê durante a gravidez** só as mães dos bebês de extremo pré-termo sentiram muito medo, o que correspondeu a 35% das mães deste grupo (ver tabela 7). Curiosamente, 45% das mães deste grupo não tiveram qualquer receio. As mães dos bebês de termo apresentam maioritariamente um receio ocasional (92.7%).

Tabela 7

*Frequência de respostas maternas à questão Receou pela saúde/vida do bebê durante a gravidez, nos grupos de estudo*

		Amostra		Total
		Termo	Prematuríssimos	
Receou pela saúde/vida do bebê durante a gravidez	Não	3	9	12
	Por vezes	38	4	42
	Muito medo	0	7	7
Total		41	20	61

Na categoria **Sentir amor pelo seu filho pela primeira vez**, a maioria das mães dos bebês de termo (51.2%) sentiu esta emoção no momento da notícia da gravidez, enquanto as respostas das mães dos bebês prematuríssimos varia entre o momento da notícia da gravidez (45%) e o momento em que viram ou ouviram o bebê após nascimento (30%), conforme indicam os dados na tabela 8.

Tabela 8

*Frequência de respostas maternas à questão Quando sentiu amor pelo seu bebê pela 1ª vez, nos grupos de estudo*

		Amostra		Total
		Termo	Prematuríssimos	
Quando é que sentiu amor pela primeira vez pelo seu bebê	Não identifica o sentimento com amor	1	2	3
	Notícia da gravidez	21	9	30
	Crescimento da barriga	3	0	3
	Na ecografia	4	0	4
	Sentir o bebê mexer pela primeira vez dentro da barriga	4	2	6
	Ver/ouvir o bebê logo ao nascimento	8	6	14
	Ao vê-lo na incubadora	0	1	1
Total		41	20	61

Conforme podemos verificar na tabela 9, as mães dos bebês prematuríssimos, apresentam respostas diversas acerca **do Temperamento** dos seus filhos, sendo que algumas caracterizam o seu bebê como calmo (30%), outras como agitado/chorão (30%), outras ainda não sabem como descrevê-lo (30%). Comparativamente, a maioria das mães dos bebês de termo, consideram o temperamento dos seus bebês como calmo (63.4%), em menor frequência consideram o temperamento do seu filho como agitado/chorão (21.95%).

Tabela 9

*Frequência de respostas maternas à questão Caracterização do temperamento do seu bebê, nos grupos de estudo*

		Amostra		Total
		Termo	Prematuríssimos	
Caracterização do temperamento do bebê	Não sei	0	6	6
	Calmo	26	6	32
	Agitado/chorão	9	6	15
	Misto	6	1	7
Total		41	19	60

Quanto às **Dificuldades esperadas para o futuro**, as mães dos bebês de termo não esperam dificuldades (31.7%) e algumas esperam mas vão pedir ajuda (65.85%). As respostas das mães dos bebês prematuríssimos distribuem-se por várias categorias como se pode ver na tabela 10, sendo a respostas mais prevalente *não sei* (40%).

Tabela 10

*Frequência de respostas maternas à questão Dificuldades no futuro, nos grupos de estudo*

		Amostra		Total
		Termo	Prematuríssimos	
Dificuldades no futuro	Não sei	0	8	8
	Nenhumas	13	4	17
	Algumas, mas pedirei ajuda	27	4	31
	Antecipa imensas dificuldades	1	0	1
	Não quero pensar nisso agora	0	4	4
Total		41	20	61

Tanto as mães dos bebês de termo como dos bebês prematuríssimos, reconhecem ter as competências necessárias para cuidar do seu bebê e são otimistas quanto ao futuro. Como indicam os resultados apresentados na tabela 11, 48.8% das mães dos bebês de termo e 55% das mães de prematuríssimos respondeu “vai ser bom e vai correr bem”. As mães dos bebês prematuríssimos apresentam assim uma expectativa mais positiva em relação aos cuidados a prestar aos bebês. As mães dos prematuríssimos que consideram que será difícil, também se manifestam dispostas a aprender. No caso das mães dos bebês de termo verifica-se que 29.3% revelam que sentem medo de não saber cuidar do bebê.

Tabela 11

*Frequência de respostas maternas à questão Como será cuidar do seu bebê nos grupos de estudo*

		Amostra		Total
		Termo	Prematuríssimos	
Como será cuidar do seu bebê	Não sei	7	2	9
	Bom e vai correr bem	20	11	31
	Difícil e vou aprender	2	4	6
	Sinto medo de não saber	12	1	13
	Não quero pensar nisso agora	0	2	2
Total		41	20	61

### **Relação entre as representações maternas e as variáveis demográficas ao nascimento**

Nesta secção foram analisadas as diferenças em média (*teste t-student*) dos fatores ao nascimento de acordo com as representações maternas. Os dados globais, referentes às mães dos bebês de extremo pré-termo e termo, foram analisados em conjunto, deste modo variáveis como a IG são tratadas como contínuas.

Os dados apresentados na tabela 12 indicam-nos que as mães que desejaram a gravidez eram em média mais velhas e tinham menos filhos e os bebês apresentavam menor IG, menor PG e tinham menos irmãos.

Tabela 12

*Comparação de médias para os fatores demográficos entre as respostas Desejei e não desejei a gravidez*

	<b>Gravidez Desejada</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
APGAR ao 1º minuto	Não	8.34	1.76	2.008	.049
	Sim	7.07	2.96		
APGAR ao 5º minuto	Não	9.69	.60	2.556	.013
	Sim	8.83	1.70		
Idade gestacional bebé	Não	37.33	3.69	2.857	.006
	Sim	33.80	5.61		
Peso do bebé à nascença em gramas	Não	2955.45	767.75	2.878	.006
	Sim	2207.87	1185.02		
Número de irmãos do bebé	Não	1.36	.62	2.154	.035
	Sim	.97	.75		
Nº filhos da mãe	Não	1.39	.69	2.006	.050
	Sim	.97	.91		
Idade da mãe em ordem de idades	Não	25.90	5.56	-2.330	.023
	Sim	29.94	7.63		

As mães que recearam pela saúde e/ou vida do seu bebé durante a gravidez são em média mais velhas do que as mães que não sentiram receio. Os bebés das mães que sentiram este receio durante a gravidez nasceram com menor: IG, PG e APGAR ao 5º minuto (ver tabela 13).

Tabela 13

*Comparação de médias para os fatores demográficos entre as respostas Não senti medo e senti muito medo na gravidez*

	<b>Receou pela saúde/vida do bebé durante a gravidez</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
APGAR ao 1º minuto	Não	7.18	2.14	-1.646	.106
	Muito medo	4.57	3.46		
APGAR ao 5º minuto	Não	9.00	.78	-2.578	.013
	Muito medo	7.14	2.61		
Idade gestacional bebé	Não	31.54	4.83	-4.598	.001
	Muito medo	28.10	2.32		
Peso do bebé à nascença em gramas	Não	1815.08	1047.12	-4.334	.001
	Muito medo	967.00	235.61		
Número de irmãos do bebé	Não	1.17	.94	-.223	.825
	Muito medo	.57	.54		
Nº filhos da mãe	Não	1.25	1.29	.197	.845
	Muito medo	.71	.76		
Idade da mãe em ordem de idades	Não	31.83	3.88	2.734	.009
	Muito medo	34.29	4.99		

Como se pode verificar pelos dados apresentados na tabela 14, as mães que não antecipam dificuldades futuras são em média mais novas, e os seus bebés apresentam maior índice de APGAR ao 1º e ao 5º minuto, maior IG e maior PG do que as mães que preferem não pensar na questão às 72h de vida do bebé.

Tabela 14

*Comparação de médias para os fatores demográficos entre as respostas Não espero sentir dificuldades no futuro e não quero pensar nisso agora*

	<b>Dificuldades no Futuro</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
APGAR ao 1º minuto	Nenhumas	8.29	2.02	3.310	.004
	Não quero pensar nisso agora	4.00	3.56		
APGAR ao 5º minuto	Nenhumas	9.65	.61	4.563	.001
	Não quero pensar nisso agora	7.75	1.26		
Idade gestacional bebé	Nenhumas	36.51	4.35	4.968	.001
	Não quero pensar nisso agora	25.375	1.4975		
Peso do bebé à nascença em gramas	Nenhumas	2894.47	1032.49	3.962	.001
	Não quero pensar nisso agora	801.00	200.63		
Número de irmãos do bebé	Nenhumas	1.35	.49	1.450	.163
	Não quero pensar nisso agora	.75	1.50		
Nº filhos da mãe	Nenhumas	1.41	.62	.759	.457
	Não quero pensar nisso agora	1.00	2.00		
Idade da mãe em ordem de idades	Nenhumas	26.88	6.48	-2.464	.023
	Não quero pensar nisso agora	35.50	5.196		

As mães dos bebés que acham que vai ser bom e vai correr bem cuidar do seu bebé têm mais filhos e os seus bebés têm mais PG, como se pode observar pela tabela 15.

Tabela 15

*Comparação de médias para os fatores demográficos entre as respostas Vai ser bom cuidar do meu bebê e Vai ser Difícil e vou aprender*

	Como será cuidar do seu bebê	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
APGAR ao 1º minuto	Bom e vai correr bem	8.03	2.15	1.838	.075
	Difícil e vou aprender	6.00	3.16		
APGAR ao 5º minuto	Bom e vai correr bem	9.19	1.56	1.087	.285
	Difícil e vou aprender	8.40	1.14		
Idade gestacional bebê	Bom e vai correr bem	35.56	4.68	2.125	.041
	Difícil e vou aprender	30.97	5.74		
Peso do bebê à nascença em gramas	Bom e vai correr bem	2559.10	1083.62	1.658	.106
	Difícil e vou aprender	1744.17	1207.66		
Número de irmãos do bebê	Bom e vai correr bem	1.35	.76	2.135	.040
	Difícil e vou aprender	.60	.55		
Nº filhos da mãe	Bom e vai correr bem	1.42	.92	2.385	.023
	Difícil e vou aprender	.40	.55		
Idade da mãe em ordem de idades	Bom e vai correr bem	28.23	7.49	-1.680	.102
	Difícil e vou aprender	33.67	5.68		

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo investigar as representações maternas em díades com bebês prematuríssimos ou de extremo pré-termo (IG inferior a 32 semanas), comparando-as com as díades de bebês de termo (IG superior a 37 semanas). Para o efeito, foi realizada uma Entrevista Materna nas primeiras 72 horas após o nascimento a 20 mães de bebês prematuríssimos e a 41 mães de bebês de termo. A Entrevista Materna foi desenvolvida e testada por Fuertes (2005) no seu estudo com bebês pré-termo e tem como propósito central explorar as representações maternas relativamente ao desenrolar da gravidez, ao nascimento antecipado, à maternidade e ao seu filho prematuro. Para o recrutamento dos participantes foram tidos em conta os seguintes critérios: bebês com IG dentro dos limites estabelecidos para cada amostra e sem identificação de malformações congénitas ou doenças

genéticas; e pais sem referência a histórico de psicopatologia materna ou paterna e sem suspeita de abuso de álcool ou drogas.

Por critério amostral, no grupo dos bebês de extremo pré-termo, em todos os indicadores relativos ao bebê (APGAR ao 1º e 5º minutos; IG; PG) verificam-se valores médios inferiores comparativamente à amostra de bebês de termo, de acordo com o que seria de esperar no momento de recrutamento dos grupos de estudo. Para além dos indicadores referidos em relação ao bebê, o grupo dos prematuríssimos apresentam mais fatores de risco, i.e as mães e os pais dos bebês prematuríssimos são em média mais velhos e com menor nível de escolaridade, comparativamente às médias obtidas para os mesmos indicadores na amostra dos bebês de termo. Relativamente ao número de filhos constata-se que as mães dos bebês de termo apresentam ter maior número de filhos. Fica em aberto perceber se esta variável funciona como fator protetor ou fator de risco para o desenvolvimento e bem estar destes bebês.

Em primeiro lugar, comparou-se por análise de frequência as respostas das mães dos bebês de extremo pré-termo com as respostas das mães dos bebês de termo. A seguinte apresentação de resultados, não tendo sofrido uma estatística inferencial e perante uma amostra reduzida, deve ser entendida como meramente exploratória.

Quando comparamos por análise de frequência as respostas das mães dos bebês de extremo pré-termo com as respostas das mães de bebês de termo, começamos por verificar que 75% dos prematuríssimos foram desejados pelas suas mães, contrastando com 39% das mães dos bebês de termo que relatam ter desejado esta gravidez. A corroborar esta diferença está o fato das mães dos bebês de extremo pré-termo terem sido as que mais desejaram os seus bebês. Efetivamente, quando analisamos os dados de anamnese verificamos que em vários casos as mães tinham recorrido a FIV para engravidar, são primíparas e mais velhas. Estes bebês foram muito desejados e sonhados. Aliás, todas as mães dos prematuríssimos aceitaram bem e com alegria a notícia da sua gravidez.

Precisamente, estas mães que tanto desejaram os seus bebês vêm-se confrontadas com um nascimento altamente prematuro que coloca em risco a sua sobrevivência. Estes partos, de acordo com os dados recolhidos deveram-se aos seguintes fatores: atraso de crescimento intra-uterino; fluxometria alterada; rutura da membrana; perda de líquido amniótico; infeção; descolamento da placenta; bradicardia

do bebê; pré-eclampsia; ameaça de parto pré-termo e dilatação precoce. Quase todos estes fatores podem ser assustadores e, muitos surgem inesperadamente.

Conseqüentemente, uma parte substancial das mães dos bebês prematuríssimos (55%) sentiu receio durante a gravidez e no parto quanto ao bem-estar e à sobrevivência do seu bebê, contrapondo à quase maioria das mães dos bebês de termo que identificaram maioritariamente um receio ocasional. Ora, estes são dois pontos de partida para relações completamente diferentes, que eventualmente se podem resumir numa frase: grande desejo e grande aflição. Como referido na revisão da literatura, estas experiências traumáticas podem condicionar as representações da maternidade e desencadear comportamentos de excessiva proteção, sobre-estimulação e/ou intrusividade materna (Feldman & Eidelman, 2007; Field, 1979; Minde, Perrotta & Marton, 1985; Muller-Nix et al., 2004), numa verdadeira tentativa de compensar os processos de prematuridade.

Ainda a corroborar a ideia de que as mães dos prematuríssimos desejaram muito os seus filhos, temos as respostas que dão quanto ao momento em que pela primeira vez sentiram amor pelo seu bebê. A maioria das mães, nos dois grupos, parece ter sentido amor pela primeira vez assim que soube da gravidez. Note-se que estas respostas não parecem estar condicionadas pelos fatores demográficos, pois não foram encontradas diferenças significativas.

Outra concordância nos dois grupos de estudo foi o otimismo das mães e a sua perceção quanto à capacidade para cuidar do bebê em casa. Assim, e na mesma proporção, temos 55% das mães dos prematuríssimos a considerar que vai correr tudo bem em casa e 48.8% das mães dos bebês de termo com a mesma expectativa. Outro estudo nesta linha de investigação (Fuertes et al. 2011) já tinha indicado que as mães dos bebês de pré-termo demonstravam confiança na sua capacidade de cuidar dos seus filhos, até mais do que as mães dos bebês de termo. Possivelmente, estas mães ainda não antecipam as dificuldades futuras porque estão emocionalmente muito investidas nos processos de apoio à vida e à sobrevivência dos seus bebês em cuidados intensivos neonatais. Este dado também poderá ser lido como estratégia de autorregulação materna face à adversidade.

Quanto à perceção do temperamento dos seus bebês os dois grupos distinguem-se. As mães dos bebês prematuríssimos apresentam uma diversidade de respostas, variando entre temperamento calmo, agitado/chorão ou ainda sem noção para o definir. Já as mães dos bebês de termo referem-nos sobretudo como calmos.

Ora, claramente, as mães dos bebês de termo têm perante si um bebê que lhes está fisicamente próximo, regulado e menos sujeito aos cuidados invasivos próprios das UCIN (Ferreira, 2016) o que facilita esta percepção. Esta diferença pode ser importante quando sabemos que as representações maternas no nascimento estão associadas à qualidade da vinculação. Por exemplo, foi encontrada uma associação significativa entre as representações maternas acerca do temperamento do bebê e a qualidade da vinculação aos 12 meses (Fuertes et al. 2011, Benoit et al., 1997).

Após a comparação das representações maternas dos bebês de extremo pré-termo com os bebês de termo por análise de frequência, analisaram-se as variáveis IG, PG, APGAR ao 1º e 5º minuto, idade materna e número de irmãos (variáveis contínuas) comparando as médias destes fatores de acordo com as respostas maternas. Dado que a amostra é reduzida e composta por dois grupos (extremo pré-termo e termo) e cruzando com várias categorias de respostas, o diminuto *n* nalgumas categorias impediu a sua análise. Embora esta análise acarrete erros estatísticos do tipo 1, ela oferece uma janela de observação dos resultados, e estas dificuldades só podem ser ultrapassadas com o aumento da recolha de dados.

O teste de médias indicou que as mães que sentiram mais receio durante a gravidez e parto tiveram bebês nascidos com menor PG, menor IG e menor APGAR ao 5º minuto, confirmando os dados anteriores aferidos por frequência. Os indicadores de saúde e de prematuridade pesam na vivência da gravidez e perturbam as primeiras representações do bebê desenvolvidas durante o período pré-natal (Stern, Bruschiweiller-Stern & Freeland, 1998; Misund, Nerdrum & Diseth, 2014; Mianaei, Karahroudy, Rassouli & Tafreshi, 2014; Gallegos-Martinez, Reyes-Hernández & Scochi, 2013; Lasiuk, Comeau & Newburn-Cook, 2013).

Tomando separadamente os bebês de termo e extremo pré-termo, verifica-se que as mães que não sentiram receio tinham mais filhos, embora fossem mais novas. Possivelmente, as mães de bebês de termo contam com a sua experiência materna prévia e perspetivam o seu bebê no contexto de uma família já organizada. Os dados parecem indicar que as mães que sentiram muito medo eram a faixa das mães com bebês de extremo baixo peso (média 967 gramas). Estes dados sugerem-nos que estas mães podem estar sujeitas a um extremo stress (Green, Darbyshire, Adams & Jackson, 2015).

Os resultados indicaram que, no que diz respeito às dificuldades do futuro, as mães dos bebês com mais PG, mais IG e maior APGAR ao 5º minuto, consideram que

será fácil cuidar do seu filho e, caso precisem de ajuda, irão pedi-la. Este é o processo esperado nas mães dos bebês nascidos de termo: começam a preparar-se para a prestação de cuidados ao bebê (e.g., o dar de mamar, o choro do bebê e o seu ritmo de sono), antecipando dificuldades e imaginando soluções. Contrariamente, as mães dos bebês prematuríssimos não referem a possibilidade de pedir ajuda. É possível que estando rodeadas de técnicos e equipamentos 24h por dia, não consigam projetar-se numa realidade futura onde serão outras as dificuldades e os tipos de apoio. As mães dos bebês prematuríssimos estão aparentemente otimistas ou talvez considerem que é cedo para se preparem para este papel quando ainda estão focadas na sobrevivência dos seus filhos. Estas mães (com bebês com uma média de 800g de PG e IG de 25 semanas) dizem que não querem pensar sobre as dificuldades que poderão sentir no futuro. Este dado é muito original e um importante contributo desta pesquisa: um certo otimismo por parte de algumas mães dos bebês de extremo pré-termo, que as protege e prepara para o papel de mães, acompanhado da dificuldade em perspetivar a necessidade de ajuda e, nalguns casos, mães ainda assustadas e com receio de perspetivar sequer um futuro para os seus filhos. A literatura indica que o apoio das estruturas formais e não formais à família é crítico para ultrapassar condições de risco para o desenvolvimento do bebê (Dunst, 2000, 2002; Sameroff & Fiese, 2000). Esta pode ser uma área importante para a intervenção com a família.

O estabelecimento da vinculação é um fenómeno universal na espécie humana, i.e., o bebê humano vem equipado com um sistema de comportamentos instintivos que lhe permite estabelecer uma relação privilegiada com a figura materna. Contudo, a forma de ativação deste sistema de comportamentos pode variar. Tipicamente, as crianças recorrem a estratégias de vinculação coerentes e organizadas para manter o prestador de cuidados alerta e responsivo. *Mas o que acontece quando a criança vive e tem de sobreviver em condições atípicas e árduas?* (Fuertes, 2010).

Os dados que obtivemos sugerem-nos que as famílias dos bebês de extremo pré-termo estão a viver processos de vinculação distintos dos bebês de termo e marcados pela ansiedade de sobrevivência. Por isso, afigura-se importante a presença de profissionais especializados em vinculação, que possam apoiar as famílias logo nas UCINs. Atualmente, a formação do enfermeiro inclui tópicos relacionados com a vinculação, o que melhorou as respostas à família e é fundamental no seu trabalho em parceria com os outros profissionais (Videira, 2016). Contudo, sabemos que a

vinculação está associada ao desenvolvimento infantil, saúde mental e socialização da criança e o profissional especializado nesta área deverá detetar oportunidades de intervenção e de promoção do apego (Videira, 2016). As perturbações da vinculação são um risco para o desenvolvimento do bebé prematuro que se somam aos riscos de saúde (Antunes et al., 2016). As respostas preventivas e atempadas na área da vinculação são uma necessidade de intervenção, fundamental, como qualquer outra na área da saúde e do desenvolvimento (Lopes dos Santos & Fuertes, 2005).

Em termos de intervenção precoce junto destas famílias seria importante, e pertinente, atuar sobretudo ao nível da díade como um todo. Efetivamente, o processo de intervenção deve ajudar a valorizar as forças e os aspetos positivos da díade, promovendo uma espiral de efeitos recíprocos segundo um encadeamento de tipo transacional, que poderá levar à promoção da responsividade parental, em estreita ligação com o refinamento das capacidades da criança para se auto-regular e sinalizar os estados de necessidade (Lopes dos Santos & Fuertes, 2005).

Com base na literatura, é possível constatar que alguns estudos defendem que as intervenções centradas na sensibilidade materna tendem a ser eficazes não só na promoção dessa mesma capacidade nas mães, mas também na promoção da segurança da vinculação e na prevenção de uma vinculação desorganizada (e.g., Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn & Juffer, 2005).

Para além disso, e de acordo com Sameroff e Fiese (1990; 2000), será necessário mudar as representações dos pais sobre a criança, sobre o seu papel de pais e até mesmo sobre a sua infância, para que se consiga alterar o seu comportamento, de forma a que consigam compreender as intenções e funções dos comportamentos, interesses e necessidades afetivas do seu bebé. Segundo Cooper, Hoffman, Powell e Marvin (2005), deverá existir uma *“mudança das práticas parentais”*, que *“não resultará da aprendizagem de técnicas específicas mas de compreender e integrar novas formas de ação na relação com os filhos”* (cit in Fuertes, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Segundo a OMS (2016) nascem todos os anos 15 milhões de bebés prematuros e a prematuridade é a principal causa de morte de crianças menores de 5

anos. A prematuridade está associada a problemas de saúde e de desenvolvimento, e afeta a relação mãe-filho. Importa considerar e implementar medidas de prevenção dos riscos da prematuridade. Segundo Fuertes e colegas (2011), a vinculação insegura pode ser prevenida através de programas de promoção de relações seguras e apoio à família dos bebês de pré-termo.

Por exemplo, a intervenção Touchpoints oferece alguns princípios de reflexão que podem apoiar uma intervenção preventiva centrada nas relações e no reforço das competências, onde se apresentam como princípios orientadores os seguintes aspetos: os pais são os peritos nos seus filhos; todos os pais têm forças; todos os pais querem fazer o melhor com os seus filhos; todos os pais têm algo de fundamental a partilhar em cada etapa do desenvolvimento; todos os pais têm sentimentos ambivalentes; e a parentalidade é um processo de tentativa/erro (Brazelton & Sparrow, 2003).

No contexto da abordagem Touchpoints, o profissional oferece aos pais uma oportunidade para identificar as competências e capacidades do bebé, estimulando a relação pais-bebé, a auto-eficácia dos pais e a sua autoconfiança (Brazelton & Nugent, 2011; Lowman, Stone & Gardner-Cole, 2006). Neste modelo o objetivo central está em ajudar a restaurar a base segura e em modificar as representações dos pais sobre a infância (e.g., Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer, 2005; Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002).

Reconhecendo o papel dos pais como promotores de estabilidade fisiológica para o crescimento do bebé prematuro, durante o internamento, muitas UCIN recorrem ao Método Canguru. Neste método os bebês são colocados diretamente no peito/tórax dos pais, o que os aproxima fisicamente (Fuertes, Justo, Barbosa, Leitão, Gonçalves, Gomes Pedro & Sparrow, 2012).

O Método Canguru beneficia os recém-nascidos promovendo padrões de sono mais organizados, melhora a temperatura corporal, estabiliza os sistemas respiratórios e circulatórios, melhora outras funções fisiológicas e potencia ganhos de peso (Feldman, Weller, Sirota & Eidelman, 2002; Bosque, Brady, Affonso & Wahlberg, 1995; Messmer, Rodriguez, Adams, Wells-Gentry, Washburn, Zabaleta & Abreu, 1997; Bauer, Sontheimer, Fischer & Linderkamp, 1996). Adicionalmente, verifica-se que as mães que forneceram cuidados com o Método Canguru mantêm a amamentação por períodos mais longos experimentando menos stress (psicológico e fisiológico) (Hurst, Valentine, Renfro, Burns & Ferlic, 1997). Estes resultados, supõem que o contato pele

a pele ao ter efeitos fisiológicos sobre as mães, aumenta os seus níveis de oxitocina que podem predispor as mães a interagirem e a procurarem maior proximidade com os seus bebés (Tessier, Cristo, Velez, Giron, Calume, Ruiz-Palaez, Charpak & Charpak, 1998). É igualmente provável que forneça uma sensação de auto-eficácia, proporcionando aos pais experiências tangíveis da sua importância na promoção da saúde e do desenvolvimento de seus bebés em contraste com a sensação de impotência que a UCIN, inevitavelmente, induz nos pais (Stern, 1998).

Paralelamente, o Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) é uma abordagem de desenvolvimento individualizada para o apoio e cuidados ambientais, com base na leitura de sugestões comportamentais de crianças pré-termo, para formular um plano de cuidados que melhore e se baseie nos pontos fortes da criança, apoiando o bebé em áreas de sensibilidade e vulnerabilidade (Glorieux, Montjoux & Casper, 2009).

Esta diversidade de respostas pode ser usada de modo distinto e adaptado para cada família, devendo o profissional de saúde ser criterioso quanto à sua escolha e aplicação. Fundamentalmente é importante uma intervenção precoce e preventiva atendendo às necessidades dos recém-nascidos e suas famílias (e.g., Brisch, Bechinger, Betzler, Heinemann, Kächele, Pohlandt, Schmucker & Buchheim, 2005; Bonnier, 2008; Vanderveen, Bassler, Robertson & Kirpalani, 2009).

Os bebés com problemas de desenvolvimento constituem para os pais um maior desafio, quer no decifrar das suas necessidades quer nas respostas adequadas às mesmas. Nestes casos também, a intervenção precoce pode ser uma importante ajuda (Fuertes & Luís, 2014).

Embora a prematuridade continue a ser um risco para a sobrevivência e para o desenvolvimento dos bebés, adicionam-se evidências de que as abordagens centradas na família, baseadas nas relações e de apoio ao desenvolvimento, são eficazes na redução da morbilidade neonatal e na melhoria do desenvolvimento comportamental e cognitivo dos bebés prematuros (e.g., de Vonderweid & Leonessa, 2009; Kaaresen, Ronning, Tunby, Nordhov, Ulvund & Dahl, 2008; Nordhov, Kaaresen, Ronning, Ulvund & Dahl, 2010; Nordhov, Ronning Dahl, Ulvund, Tunby & Kaarensen, 2010; Nordhov, Ronning, Ulvund, Dahl & Kaaresen, 2012; Vanderveen et al., 2009).

Sabendo que a qualidade da vinculação afecta a formação da personalidade e o desenvolvimento infantil, é crucial estudar a relação entre pais e filhos no contexto das práticas de intervenção precoce. A vinculação pode ser uma área de atuação em

situações de risco como o abuso e o mau trato infantil, mas ainda uma força quando a família é uma base segura passível de superar desvantagens sociais e atrasos de desenvolvimento (Fuentes, 2012).

O conhecimento científico acumulado nos últimos anos indica que a organização dos processos socioemocionais afecta todas as outras áreas do desenvolvimento e da saúde mental infantil (e.g., Bus & van IJzendoorn, 1988; Fuentes et al., 2006; 2008; 2009).

É clara a necessidade de intervir cedo. Uma vez ocorrido o trauma, a reparação é demorada e nalguns casos não total (Ainsworth & Eichberg, 1991; Greenberg, 2005). Mesmo que para esta questão não exista uma resposta única ou inequívoca, a prevenção primária e secundária parecem ser a melhor resposta (Brazelton & Greenspan, 2003). Segundo a literatura (Berlin, 2005; MacDonald, 2001; Ziv, 2005), a prevenção pode ser eficaz se realizada antes ou desde o nascimento, e através de programas de aconselhamento parental (e.g., reforçando as competências parentais e informando os pais acerca do desenvolvimento infantil). Nas UCINs, as equipas de enfermagem cuidam particularmente dos ensinamentos aos pais no cuidar dos bebés, e muitas vezes colocam-se ao dispor via telefónica para responder a dúvidas depois da alta. Este cuidado poderia alargar-se no respeitante à informação da existência de equipas de intervenção precoce e, seu possível suporte junto deles e dos bebés, uma vez em casa.

Em síntese, os programas de promoção do desenvolvimento socioemocional requerem equipas pluridisciplinares muito bem articuladas e uma intervenção preventiva baseada na evidência empírica (Bairrão & Almeida, 2002; Fuentes, 2010; Pimentel, 2004). Para Guralnick (2005) a intervenção deve: *ocorrer cedo e atempadamente* i.e., importa agir cedo, avaliar cada caso de um modo singular, procurando compreender a natureza e as causas do atraso/problema e encontrar respostas adequadas; *ser centrada criança e na sua família* pois raramente o problema é apenas centrado na criança mas os pais, por conviverem com o problema ou por terem dificuldade em colocar em prática as suas soluções, podem precisar de apoio. Inclusivamente, os pais podem ser parte do problema se tiverem comportamentos de risco ou problemas com os quais tenham dificuldade em lidar; *ser baseada nas forças da criança e da família* já que as famílias com problemas geralmente conseguem sinalizar as suas preocupações, inquietações e dificuldades mas têm maior dificuldade em observar as suas capacidades, forças e redes de

suporte. Cabe às equipas de intervenção precoce criar esta consciência e confiança para que as famílias possam usar os seus recursos e capacidades naturais); *respeitar o papel dos pais como especialistas dos filhos e como parceiros de intervenção*, honrando o que literatura indica que a intervenção consegue melhores resultados quando os técnicos ouvem os pais, partilham com eles informação, decisões e reforçam as suas competências; *estar assente num trabalho de equipa transdisciplinar* em que os técnicos se unem numa só voz para apoiar a criança e sua família, trabalham em parceria com a família e se apoiam mutuamente (Fuertes & Luís, 2014).

## LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS

A presente investigação deve ser compreendida como uma pesquisa exploratória para averiguar, ainda que num pequeno grupo de participantes, as representações maternas sobre a gravidez, o parto, o nascimento antecipado, a maternidade e o futuro desenvolvimento do bebé. Os dados foram tratados numa primeira fase de modo quantitativo para efeitos da presente tese e, futuramente, serão analisados qualitativamente por análise de conteúdo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. (1965). Further research into the adverse effects of maternal deprivation. In J. Bowlby (Ed.), *Child care and growth of love* (pp. 191-235). London: Penguin Book.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M., & Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In C. Parkes & J. Hinde (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle* (pp. 160-183). London: Routledge.
- Allin, M., Henderson, M., Suckling, J., Nosarti, C., Rush, T., Fearon, P., Stewart, A., Bullmore, E., Rifkin, L. & Murray, R. (2004). Effects of very low birthweight on

- brain structure in adulthood. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46(1), 46-53.
- Algarvio, S., Leal, I., Maroco, J., & Matono, M. (2008). Preocupações parentais: Estudo comparativo entre um grupo de pais normative e um grupo de pais de crianças prematuras. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., Zampino, F. (1992). Representation and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182.
- Antunes, S., Barbosa, M., Gonçalves, J., Ribeiro, C., Justo, J., Gomes-Pedro, J., Lopes dos Santos, P., Lamônica, D., & Fuertes, M. (2016). Autorregulação e vinculação no primeiro ano de vida do bebé premature: investigação, intervenção precoce e contributos da abordagem Touchpoints. *Diálogos acerca da prematuridade*. Edições Aloendro: Évora.
- Bairrão, J., & Almeida, I. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica.
- Bakermans-Kranenburg, M., Van IJzendoorn, M., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 191-216.
- Barre, N., Morgan, A., Doyle, L., & Anderson, P. (2011). Language abilities in children who were very preterm and/or very low birth weight: a meta-analysis. *Journal of Pediatrics*, 158, 766-774.
- Bauer, J., Sontheimer, D., Fischer, C., & Linderkamp, O. (1996). Metabolic rate and energy balance in very low birth weight infants during kangaroo holding by their mothers and fathers. *The Journal of Pediatrics*, 129(4), 608-611.
- Belfort, M., Rifas-Shiman, S., Sullivan, T., Collins, C., McPhee, A., Ryan, P., Kleinman, K., Gillman, M., Gibson, R., & Makrides, M. (2011). Infant growth before and after term: effects on neurodevelopment in preterm infants. *Pediatrics*, 128(4), 899-906. doi: 10.1542/peds.2011-0282.
- Benoit, D., Parker, K., & Zeanah, C. (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 307-313.

- Berlin, L. (2005). Intervention to enhance early attachment: The state of the field today. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, Greenberg, M.. *Enhancing Early Attachments - Theory, Research, Intervention and Policy* (pp. 3-33). New York: Guilford.
- Brazelton, B., & Cramer, B. (1990). *The Earliest Relationship*. Reading, MA: Addison-Wesley/Lawrence.
- Brazelton, T., & Greenspan, S. (2003). *The irreducible needs of children: What every child must have to grow, learn, and flourish*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
- Brazelton, B. & Sparrow, J. (2003). The Touchpoints™ Model of Development. *Touchpoints Newsletters*, 6 (june), 1-10.
- Brazelton, T., & Nugent, J. (2011). *Neonatal Behavioral Assessment Scale, third edition*. London: Mac Keith Press.
- Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C., & Sherman, M. (1989). Attachment - Parental Perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 203-221.
- Brisch, K., Bechinger, D., Betzler, S., Heinemann, H., Kachele, H., Pohlandt, E., et al. (2005). Attachment quality in very low-birth-weight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development. *Parenting: Science and Practice*, 5, 311-331.
- Bonnier, C. (2008). Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Acta Paediatrica*, 97(7), 853-858
- Bosque, E., Brady, J., Affonso, D., & Wahlberg, V. (1995). Physiologic measures of kangaroo versus incubator care in a tertiary-level nursery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 24(3), 219-226.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*. 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969, 1982). *Attachment and Loss* (Vol. I). London: Penguin Book.
- Bus, A., & van Ijzendoorn, M. H. (1988). Attachment and early reading: a longitudinal study. *Journal of Genetic Psychology*, 149(2), 199-210.
- Crittenden, P. (1995a). Children's strategies for coping with adverse home environments: an interpretation using attachment theory. *Child Abuse & Neglect*, 16, 329-343.

- Crittenden, P. (1995b). Attachment and risk for psychopathology: the early years. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 16(3), 12-16.
- Colvin, M., McGuire, W., & Fowlie, P. (2004). Neurodevelopmental outcomes after preterm birth. *BMJ Journals*, 329, 1390-3.
- Cox, S., Hopkins, J., & Hans, S. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: neonatal risk status and maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, 21(6), 464-480.
- Cunha, M., Cadete, A., Virella, D. & Grupo do Registo Nacional de Muito Baixo Peso (2010). Acompanhamento dos Recém-nascidos Muito Baixo Peso em Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41, 155-61.
- Dall'Oglio, A., Rosiello, B., Coletti, M., Bultrini, M., De Marchis, C., De Ravà, L., Caselli, C., Paris, S., & Cuttini, M. (2010). Do healthy preterm children need neuropsychological follow-up? Preschool outcomes compared with term peers. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52, 955–961.
- Di Vitto, B., & Goldberg, S. (1979). The effects of newborn medical status on early parent-infant interaction. In T.M. Field, A. M. Sostek, S. Goldberg & H.H. Shuman (Eds.), *Infants born at risk* (pp.311-332). Jamaica, New York: Spectrum Books.
- Dunst, C. (2000). Revisiting “Rethinking early intervention”. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20 (2), 95-104.
- Dunst, C. J. (2002). Family-Centered Practices: Birth Through high school. *The Journal of Special Education*, 36(3),139-147.
- Fava-Vizziello, G., Antonioli, M., Cocci, V., & Invernizzi, R. (1993). From pregnancy to motherhood: the structure of representative and narrative change. *Infant Mental health Journal*, 14, 1, 4-16.
- Field, T. (1979). *Interaction patterns of preterm and term infants*. In T.M. Field, A.M. Sostek, S. Goldberg & H.H. Shuman (Eds.), *Infants born at risk* (pp. 333-356). New York: Spectrum Books.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, I., & Eidelman, A. (2002). Skin-to-Skin contact (Kangaroo Care) promotes self-regulation in premature infants: Sleep-Wake cyclicity, arousal modulation and sustained exploration. *Developmental Psychology*, 38, 194-207.

- Feldman, R., & Eidelman, A. (2007). Maternal Postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49, 290-302.
- Ferreira, L. (2016). Prematuridade e parentalidade: uma visão pela psicologia pediátrica. *Diálogos acerca da prematuridade*. Edições Aloendro: Évora.
- Fogel, A. (1992). Movement and communication in human infancy: The social dynamics of development. *Human Movement Science*, 11, 387-423.
- Franz, A., Pohlandt, F., Bode, H., Mihatsch, W., Sander, S., Kron, M., & Steinmacher, J. (2009). Intrauterine, early neonatal, and postdischarge growth and neurodevelopmental outcome at 5.4 years in extremely preterm infants after intensive neonatal nutritional support. *Pediatrics*, 123(1), 101-109. doi: 10.1542/peds.2008-1352.
- Fuertes, M., & Lopes dos Santos, P. (2003). Interação mãe-filho e qualidade da vinculação em crianças com alterações neuromotoras. *Psicologia*, 17(1), 43-64.
- Fuertes, M. (2005). *Rotas da Vinculação: O desenvolvimento do comportamento interativo e a organização da vinculação no primeiro ano de vida do bebé prematuro*. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2006). More than maternal sensitivity shapes attachment: Infant coping and temperament. *Annals New York Academy of Science*. 1094, 292-296. doi:10.1196/annals.1376.037.
- Fuertes, M., Faria, A., Soares, H., & Crittenden, P. (2008). Mother-child patterns of interaction: The impact of premature birth and social economical background. *Acta Ethologica*, 12, 1, 1-11. doi: 10.1027/1016-9040.14.4.320.
- Fuertes, M., Lopes-dos-Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2009). Infant coping and maternal interactive behavior predict attachment in a Portuguese sample of healthy preterm infants. *European Psychologist*, 4, 320-331. doi: 10.1027/10169040.14.4.320.
- Fuertes, M. (2010). Estudo Exploratório sobre a classificação da vinculação atípica: desorganização ou adaptação?. *Psychologica*, 52, 349-370.
- Fuertes, M., Faria, A., Fink, N., Barbosa, M., (2011). Associations among maternal representations at birth and attachment in portuguese dyades with preterm and full term infants. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 79-86.

- Fuertes, M., Justo, M., Barbosa, M., Leopoldo, L., Lopes, J., Gomes Pedro, J. & Sparrow, J. (2012). *Infants prematurely born: Socio-emotional Development and Early Intervention*. Diogo Contreiras and Johann Sampaio (Eds.). In *Preterm Infants: Development, Prognosis and Potential Complications* (pp. 100-125). NY: Nova Science Publishers, Inc. ISBN: 978-1-62081-852-7
- Fuertes, M. (2012). Vários olhares sobre as diferenças na vinculação e contributos para a intervenção precoce. *Da Investigação às Práticas*, 2, 1, 23-50.
- Fuertes, M., & Luís, H. (2014). Vinculação, práticas educativas na primeira infância e intervenção precoce. *Interações*, 30, 1-7.
- Fuertes, M., Faria, A., & Lopes dos Santos, P. (2014). Pais e mães protegem, acarinham e brincam de formas diferentes. *Análise psicológica*, 4 (32), 419-437, doi:10.14417/ap.698.
- Fuertes, M. (2016). *Pais e filhos crescem juntos*. US: Space Create.
- Gallegos-Martinez, J., Reyes-Hernández, J., & Scochi, C. (2013). The hospitalized preterm newborn: the significance of parents' participation in the Neonatal Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1360-1366.
- Gianino, A., & Tronick, E. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In T. M. Field, P. M. MacCabe & N. Schneiderman (Eds.). *Stress and coping across development* (pp. 47-68). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Goldberg, S., & Di Vitto, B. (1995). Parenting children born preterm. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*, volume 1, *Children and Parenting* (pp. 209-231). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Glorieux, I., Montjoux, N., & Casper, C. (2009). NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program): definition, practical aspects, published data. *Archives de Pédiatrie*, 16(6), 827-829. doi: 10.1016/S0929-693X(09)74168-5.
- Green, J., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2015). The myth of the miracle baby: how neonatal nurse interpret media accounts of babies of extreme prematurity. *Nursing Inquiry*, 22(3), 273-281.
- Greenberg, M. (2005). Enhancing Early Attachment: Synthesis and Recommendations for Research, Practice and Policy. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, Greenberg, M. (Eds). *Enhancing Early Attachments - Theory, Research, Intervention and Policy* (pp. 327-344). New York: Guilford.

- Guralnick, M. (Ed.). (2005). *A developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Brookes.
- Guralnick, J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants young child*, 24(1), 6-28. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182002cfe.
- Hurst, N., Valentine, C., Renfro, L., Burns, P., & Ferlic, L. (1997). Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *Journal Perinatology*, 17(3), 213-217.
- Izard, C., Haynes, O., Chisholm, G., & Baak, K. (1991). Emotional determinants of infant-mother attachment. *Child Development*, 62(5), 906-917.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M., & van IJzendoorn, M. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 263-74.
- Kaaresen, P., Ronning, J., Tunby, Nordhov, S., Ulvund, S., & Dahl, L. (2008). A randomized controlled trial of an early intervention program in low birth weight children: outcome at 2 years. *Early Human Development*, 84(3), 201-209. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2007.07.003.
- Kochanska, G. (1998). Mother-child relationship, child fearfulness, and emerging attachment: a short-term longitudinal study. *Developmental Psychology*, 34, 3, 480-490.
- Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J., Lehtonen, L., & Grp, P. S. (2009). Attachment representations in mother of preterm infants. *Infant Behavior & Development*, 32 (3), 305-311.
- Lasiuk, G., Comeau, T., & Newburn-Cook, C. (2013). Unexpected: an interpretative description of parental traumas associated with preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1): 1-10.
- Lindström, K., Lindblad, F., & Hjern, A. (2011). Preterm birth and attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren. *Pediatrics*, 127, 858-65.
- Lopes dos Santos, P., & Furtos, M. (2005). A vinculação em populações de risco. In J. Bairrão (Coord.), *Desenvolvimento: Contextos familiares educativos* (pp.172-199). Porto: Livpsi.
- Lowman, L., Stone, L., & Gardner-Cole, J. (2006). Developmental Assessments in the NICU to Empower Families. *Neonatal Network*, 3, 177-186. doi: <https://doi.org/10.1891/0730-0832.25.3.177>

- MacDonald, G. (2001). *Effective intervention for child abuse and neglect. An evidence-based approach to planning and evaluating interventions*. Chichester, UK: Wiley.
- Madden, S. (2000). *The Preemie Parent's Companion – The Essential Guide to Caring for your Premature Baby in the Hospital, at home, and Through the First Years*. Massachusetts: The Harvard Common Press.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver–pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4(1), 107–124.
- Medeiros, J., Zanin, R., & Alves, K. (2009). Perfil do desenvolvimento motor do prematuro atendido pela fisioterapia. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 7, 367-372.
- Melo, E., Oliveira, R., Mathias, T. (2015). Factores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4), 540-549.
- Messmer, P., Rodriguez, S., Wells-Gentry, J., Zabaleta, I., Abreu, S. (1997). Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(4), 408-414.
- Mianaei, S., Karahroudy, F., Rassouli, M., & Tafreshi, M. (2014). The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety and participation in NICU wards in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 94-100.
- Minde, K., Perrotta, M., & Marton, P. (1985). Maternal caretaking and play with full-term and preterm infants. *Journal of Child Psychiatry*, 26, 231-244.
- Misund, A., Nerdrum, P., & Diseth, T. (2014). Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 263.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Juanin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79, 145-158.
- Murphy, D. (2007). Epidemiology and environment factors in preterm labour. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21(5), 773-89.
- Nordhov, S., Kaarsen, P., Ronning, J., Ulvund, S., & Dahl, L. (2010). A randomized study of the impact of a sensitizing intervention on the child-rearing attitudes of

- parents of low birth weight preterm infants. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 385-391. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00805.x
- Nordhov, S., Ronning, J., Dahl, L., Ulvund, S., Tunby, J., & Kaaresen, P. (2010). Early intervention improves cognitive outcomes for preterm infants: randomized controlled trial. *Pediatrics*, 126(5), 1088-1094. doi: 10.1542/peds.2010-0778.
- Nordhov, S., Ronning, J., Ulvund, S., Dahl, L., & Kaaresen, P. (2012). Early intervention improves behavioral outcomes for preterm infants: randomized controlled trial. *Pediatrics*, 129(1), 9-16. doi: 10.1542/peds.2011-0248.
- O'Brien, M., Soliday, E., & McCluskey, K. (1995). Prematurity and the neonatal intensive care unit. In M.C. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology*. (2<sup>nd</sup> ed. Pp463-477). New York: The Guildford Press.
- Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016). Preterm Birth. DOI: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Pederson, D., & Moran, G. (1996). Expressions of the attachment relationship outside of the strange situation. *Child Development*, 67(3), 915-927.
- Pimentel, J. (2004). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 22(1) 65-72.
- Plunkett, J., Meisels, S., Stiefel, G., Pasick, P, & Roloff, D. (1986). Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(6), 794-800.
- Poehlmann, J., & Fiese, B. (2001). The interaction of maternal and infant vulnerabilities on developing attachment relationships. *Development and Psychopathology*, 13(1), 1-11.
- Rathbone, R., Counsell, S., Kapellou, O., Dyet, L., Kennea, N., Hajnal, J., Allsop, J., Cowan, F., & Edward, A. (2011). Perinatal cortical growth and childhood neurocognitive abilities. *Neurology*, 77, 1510-7. doi: 10.1212/WNL.0b013e318233b21.
- Saigal S., & Doyle, L. (2008). An overview of mortality and sequelae of pre-term birth from infancy to adulthood. *Lancet*. 371, 261-9.
- Sameroff, A. & Fiese, B. (1990; 2000). Transactional regulation and early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. (pp. 135-160). Cambridge: Cambridge University Press.

- Sansavini, A., Pentimonti J., Justice, L., Guarini, A., Savini, S., Alessandrini, R. & Faldella, G. (2014). Language, motor and cognitive development of extremely preterm children: Modeling individual growth trajectories over the first three years of life. *Journal of Communication Disorders*, 1-14.
- Sigelman, C. (1999). *Life-span human development* (3<sup>rd</sup> ed.). Pacific Grove, CA, USA: Brooks/Cole.
- Secção de Neonatologia e Sociedade de Pediatria do Neurodesenvolvimento da Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Consenso do Seguimento das Crianças nascidas de muito baixo peso (<1500 g) e/ou menos de 32 semanas inseridas na Base do Registo Nacional do MBP*. Disponível em: [http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/ConsensoSEGUIMEN-TOMBMP\\_2012%20Nacional%20revisto2.pdf](http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/ConsensoSEGUIMEN-TOMBMP_2012%20Nacional%20revisto2.pdf).
- Shonkoff, J., & Phillips, D. (2000). From neurons to neighborhoods. The Science of Early Childhood Development. Washington, D. C.: National Academy Press.
- Soares, I., Lopes-dos-Santos, P., Jongenelen, L., Henriques, M., Silva, A., Figueiredo, B., Mascarenhas, C., Machado, G., Neves, L., Serra, M., Silva, C., Cunha, J., & Costa, O. (1996). A avaliação da vinculação e da regulação autonômica da frequência cardíaca na Situação Estranha. In L. Almeida & I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (IV). Braga: APPORT.
- Stern, D., Bruschiweiller-Stern, N. & Freeland, A. (1998). *The birth of mother*. Moshav Ben-Shemen, Israel: Mondan Publishing House.
- Stern, D., Bruschiweiller-Stern, N. & Freeland, A. (2000). *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar.
- Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., Giron, M., Calume, Z., Ruiz-Palaez, J., Charpak, Y., & Charpak, N. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*, 102(2), 17.
- Tronick, E., & Gianino, A. (1986). Interactive mismatch and repair: challenges to the coping infant. *Zero to Three*, 6, 1-6.
- Vanderveen, J., Bassler, D., Robertson, C., & Kirpalani, H. (2009). Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: a meta-analysis. *Journal Perinatology*, 29(5), 343-351. doi: 10.1038/jp.2008.229
- van Ijzendoorn, M., Juffer, F., & Klein Poelhuis, C. (2005). Adoption and cognitive development: A meta-analytic comparison of adopted and non-adopted

- children's IQ and school performance. *Psychological Bulletin*, 131, 301-316. doi: 10.1037/0033-2909.131.2.301
- Videira, R. (2016). O apoio da enfermagem aos pais dos bebés prematuros na adaptação à vida extra-uterina. *Diálogos acerca da prematuridade*. Edições Aboendro: Évora.
- Vonderweid, U., & Leonessa, M. (2009). Family centered neonatal care. *Early Human Development*, 85, 37-38. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2009.08.009.
- Wille, D. (1991). Relation of preterm birth with quality of mother-infant attachment at one year. *Infant Behaviour Development*, 14, 227–240.
- Weinfield, N., Sroufe, L., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 78-101). New York: Guilford Press.
- Zarling, C., Hirsch, B., & Landry, S. (1988). Maternal social networks and mother-infant interactions in full term and very low birth weight preterm infant. *Child Development*, 59, 178-185.
- Zeanah, C., Benoit, D., Hirshberg, L., Barton, M., & Regan, C. (1994). Mothers representations of their infants are concordant with infant attachment classifications. *Developmental Issues in Psychiatry and Psychology*, 1, 1-14.
- Zeanah, C. & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 4, 539-554.
- Ziv, Y. (2005). Attachment-Based Intervention Programs: Implications for Attachment Theory and Research. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, Greenberg, M. *Enhancing Early Attachments - Theory, Research, Intervention and Policy*. (pp. 61-78). New York: Guilford.