



**Estudo comparativo das representações maternas
em díades com bebés de pré-termo (prematuros) e
extremo pré-termo (prematurríssimos)**

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

Especialidade Intervenção Precoce

Rute Isabel de Carvalho Patrocínio Casimiro

2017



Estudo comparativo das representações maternas em díades com bebés de pré-termo (prematuros) e extremo pré-termo (prematurríssimos)

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

Especialidade Intervenção Precoce

Rute Isabel de Carvalho Patrocínio Casimiro

Orientadora: Professora Doutora Marina Fuentes

2017

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Marina Fuertes, um agradecimento especial por ter acreditado sempre, pela motivação, pela persistência e exigência, pelo tempo dedicado e por todos os conselhos e aprendizagens que me proporcionou.

À Dr.^a Maria João Alves por toda ajuda e apoio na elaboração deste trabalho.

À “minha” Inês Guerreiro e ao Filipe Pinto, colegas de mestrado, obrigada por terem feito parte deste caminho e deste desafio. Não vou esquecer os momentos de trabalho, a partilha e as gargalhadas que eram particularmente deliciosas nos nossos encontros!

À minha colega de trabalho, Ana Rita Almeida, pela companhia, escuta, compreensão e motivação em todos os momentos, e por tudo o resto que não se explica com palavras!

A todas as famílias que aceitaram participar e colaborar neste estudo, permitindo que fosse possível.

E por fim, a toda a minha família. Especial agradecimento ao meu pai, porque acreditou sempre em mim e foi o primeiro a desafiar-me e motivar-me para avançar neste desafio. À minha mãe pelo seu testemunho de vida e por me ensinar o que é a resiliência. Por último, mas os mais importantes, aos meus três tesouros, que são a minha inspiração e o meu maior desafio de vida. Sem eles, nada faria sentido! Por toda a paciência, resiliência e pelo amor que souberam aprender durante esta fase. E ao meu marido, pela paciência e pela compreensão, pelos sacrifícios que tivemos que superar em conjunto. E principalmente por todo o amor dedicado em todos os momentos de angústia, dúvida, mas também pela partilha verdadeira das alegrias e conquista.

INDICE GERAL

Resumo	1
Abstract	2
Introdução.....	1
Estado de arte	3
Representações maternas e vinculação.....	3
O bebé prematuro a desafiar a maternidade	4
Representações das mães dos bebés de pré-termo	7
Presente estudo.....	8
Métodos.....	8
Participantes	8
Procedimentos	12
Análise dos dados.....	13
Resultados.....	13
Apresentação dos resultados acerca das representações maternas dos bebés prematuros e prematuríssimos, recolhidas na entrevista.....	13
Relação entre as variáveis demográficas e as respostas maternas dos bebés prematuros e prematuríssimos.....	18
Discussão dos resultados	21
Contributo para a intervenção precoce	26
Limitações e sugestões para futuros estudos	28
Referências bibliográficas.....	28
Anexo 1	39
Anexo 2	42

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

RESUMO

Pesquisas anteriores indicaram que, comparativamente às mães de termo, as mães dos bebês prematuros apresentavam percepções mais negativas acerca da gravidez e do parto, mostravam-se mais preocupadas com a saúde e desenvolvimento do seu bebê, contudo mais confiantes quanto ao futuro e mais otimistas quanto às suas capacidades para se relacionarem positivamente com os seus filhos. Embora alguns estudos indiquem que relações entre estas representações estão associadas à qualidade subsequente da relação mãe-filho(a), pouco sabemos sobre as representações das mães dos bebês prematuríssimos (bebês muito e extremamente prematuros).

Neste estudo, procurou-se investigar as representações maternas em díades com bebês prematuríssimos (IG<32 semanas), comparando-as com as díades com bebês prematuros (IG>32 e <36 semanas). Foi realizada, para o efeito, uma entrevista materna nas primeiras 72 horas após o nascimento a 20 mães de bebês prematuríssimos e 40 mães de bebês prematuros acerca das suas representações relativamente à gravidez, parto, nascimento antecipado, maternidade e expectativa sobre o futuro desenvolvimento do bebê.

É no grupo dos bebês prematuríssimos que se verifica uma maior percentagem de mães que exprimem um sentimento de choque/pânico face à notícia da prematuridade. No entanto, e curiosamente, existem neste grupo mais mães otimistas quanto ao futuro dos filhos, se estes sobreviverem, do que no grupo das mães dos bebês nascidos de pré-termo. O grupo das mães dos prematuros subdivide-se entre as mães que antecipam imensas dificuldades e aquelas que não esperam dificuldades. Os dados obtidos 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; Intervenção Precoce.*

Comparative study of maternal representations in dyads with extreme preterm and preterm infants.

ABSTRACT

Previous researches show that, compared with term mothers, mothers of premature babies reported more negative perceptions about pregnancy and birth; they revealed themselves more worried with their babies' health and development, although more confident about the future and more optimistic about their ability to engage positively with their children. Even though some studies emphasize that relationships among such representations are associated with the subsequent quality of the mother-child relationship, not much is known about the representations of mothers of very premature infants. This study attempted to investigate mother representations in dyads with extremely premature babies (GA<32 weeks) in comparison with dyads with premature babies (GA>32 and <36 weeks). For the purpose, interviews were carried out in the first 72 hours after birth to 20 mothers of extremely premature babies and 40 mothers of premature babies about their representations related to pregnancy, birth, anticipated birth, motherhood, and expectations about the baby's future development.

It is in the group of the extremely premature infants that a higher percentage of mothers express a feeling of shock/panic about prematurity. However, and curiously, there are in this group more optimistic mothers about the future of their children, if they survive, than there are in group of mothers of premature babies. The latter is subdivided between mothers who anticipate great difficulties and mothers who anticipate no difficulties. 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; Early Childhood Intervention.

INTRODUÇÃO

A presente tese inclui-se no projeto de investigação “**Vinculação em bebés 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 bebés nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas a sua autorregulação comportamental (através das escalas IRSS, ICEP, e COP) e autonómica (através das respostas cardíacas) do bebé no procedimento Face-to-Face Still-Face (FFSF), bem como a qualidade de interação mãe- filho(a) em jogo livre (com a escala CARE-Index de Crittenden), aos 3 e 9 meses de idade corrigida dos bebés. 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 o resultado.

Pretende-se ainda estudar o efeito de fatores perinatais (e.g., peso, idade gestacional, APGAR), da família (demográficos e nível de stress) e do desenvolvimento da criança nas variáveis independentes (autorregulação comportamental e autonómica, e a qualidade da interação mãe-filho(a) em jogo livre) e na qualidade da vinculação. Os fatores perinatais serão avaliados durante o internamento na unidade neonatal de cuidados intensivos através do Perinatal Risk Inventory. O desenvolvimento infantil será avaliado aos 12 meses através da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (0-2 anos). Aos 18 meses, com a aplicação do Parenting Stress Index, procuraremos avaliar o stress materno.

O presente estudo parte de um levantamento das representações das mães sobre a sua maternidade, através de uma entrevista realizada nas primeiras 72 horas de vida do bebé.

O seu principal objetivo é 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 pré-termo ou prematuros (idade gestacional entre as 32 e as 36 semanas).

O estudo foi organizado sob a forma de artigo que, depois de discutido em provas públicas, deverá ser submetido a uma revista indexada a 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, contributos para a intervenção precoce e as referências bibliográficas.

ESTADO DE ARTE

Representações maternas e vinculação

A relação de vinculação é uma relação privilegiada, com um co-específico que perdura no tempo e, sem a qual a criança corre riscos graves de perturbação psicológica (Bowlby, 1969). A forma como mãe e filho constroem interações intensas, recíprocas e harmoniosas, repercute-se inevitavelmente no desenvolvimento do bebé. Portanto, estas relações são da maior importância porque estão associadas ao desenvolvimento, à socialização, sucesso académico e bem-estar psicológico (ver revisão em Fuertes et al 2014).

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. Os pais imaginam um bebé saudável e preparam-se a nível pessoal e familiar, bem como o contexto físico envolvente, para o seu nascimento (Stern, 2000). Geralmente é durante no 3º trimestre da gravidez que a mãe concebe uma ideia mais evidente e elaborada do seu bebé. Alguns estudos sugerem que os movimentos e níveis de atividade fetal, organizados posteriormente em ciclos e padrões, são interpretados pela mãe (Brazelton & Cramer, 1990; Korja, Savonlahti, Haataja, Lapinleimu, Manninen, Piha, Lehtonen e Grp, 2009), e parecem ajudar a concretização destas representações maternas. Por outro lado, o fato destas representações começarem a ser construídas ainda durante o período intrauterino parece influenciar a relação entre mãe-bebé (Benoit, Parker & Zeanah, 1997; Zeanah, Benoit, Hirshberg, Barton e Regan, 1994).

As representações maternas podem ser entendidas como uma experiência interna e subjetiva da relação entre mãe e bebé. Vários estudos examinaram a natureza, a origem e as implicações do desenvolvimento das representações maternas nas relações de vinculação com os seus bebés (Hugh-Bocks, Levendosky, Bogat & von Eye, 2004; Sokolowski, Hans, Bernstein & Cox, 2007; van der Mark, van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2002; Zeanah et al., 1994). Por exemplo, a ansiedade sentida pela mãe parece contribuir para uma diminuição da sensibilidade materna (isto, é, a capacidade para perceber os sinais do bebé e responder pronta e adequadamente às suas necessidades) e da sua responsabilidade na interação diádica, e conseqüentemente comprometer a sua capacidade para se vincular ao bebé (Mianaei, Karahroudy, Rassouli & Tafreshi, 2014).

Com o nascimento ocorre, naturalmente, um confronto entre o bebê imaginado e o bebê real. Neste momento, as representações pré-natais estão abertas a mudanças, decorrentes da real interação com o bebê e da necessidade de lhe prestar cuidados, levando ao ajustamento das expectativas das mães aos seus bebês (Stern, 1998; Fava-Vizziello, Antonioli, Cocci e Invernizzi, 1993) assim como a oportunidade de formar novas e mais precisas representações do seu recém-nascido “real” (Benoit et al., 1997). O bebê prematuro pode não ser, em termos de saúde, de aparência física, peso e outros indicadores, correspondente ao bebê idealizado.

As representações maternas equilibradas e positivas, medidas pré e pós-natal, têm sido associadas ao vínculo seguro (Benoit, et al., 1997; Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin & Sherman, 1989; Cox, Hopkins, & Hans, 2000; Izard, Haynes, Chisholm, & Baak, 1991; Kochanska, 1998; Zeanah et al., 1994; Korja, et al., 2009). Assim, 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, Hopkins & Hans, 2000; Fuertes, Lopes dos Santos, Beeghly, & Tronick, 2006; 2009; Izard et al., 1991; Kochanska, 1998; Zeanah et al., 1994). Não existe, por ora, nenhum estudo meta-analítico que indique que as representações maternas são um preditor da vinculação segura. Contudo, o corpo de conhecimento acumulado indica-nos a sua relevância na estruturação da vinculação.

O bebê prematuro a desafiar a maternidade

O bebê prematuro (pré-termo) nasce com menos de 37 semanas e devido à antecipação no contacto com o mundo exterior, pode enfrentar muitas dificuldades, sendo múltiplos os fatores que têm impacto no seu desenvolvimento. O recém-nascido prematuro pode enfrentar dificuldades de maturação inadequada dos mecanismos enzimáticos, respiratórios, renais, metabólicos, hematológicos e imunológicos, devido a este contato precoce com o exterior (Madenn, 2000). Além disso, pode ainda sofrer alterações clínicas pós-natais, tais como hemorragia intra e periventricular, doenças respiratórias e cardíacas, infecções, distúrbios metabólicos, hematológicos, gastrointestinais, dificuldades na manutenção da temperatura corporal e asfixia perinatal (Medeiros, Zanin & Alves, 2009).

Os pais do bebê prematuro lidam com várias dificuldades ao nível da saúde e bem-estar do seu filho e, afastamento precoce no caso de ser internado numa UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais) e “habitar na incubadora”. Vários autores têm afirmado que este conjunto de situações é vivido pelos pais como um acontecimento potencialmente stressante e traumatizante (Stern et al., 1998; Misund et al., 2014; Mianaei et al., 2014; Gallegos- Martinez, Reyes-Hernández & Scochi, 2013; Lasiuk, Comeau & Newburn-Cook, 2013).

O nascimento muito ou extremamente prematuro (bebés extremamente prematuros, nascidos antes das 28 semanas de gestação; bebés muito prematuros, nascidos entre as 28 semanas e as 32 semanas de gestação) ocorre num momento de rápido desenvolvimento e maturação de órgãos fetais (Green, Darbyshire, Adams & Jackson, 2015). Sendo uma perturbação grave da gravidez pode representar um stress acrescido para estas famílias (Green et al., 2015). De acordo com a literatura existente, o nascimento prematuro quebra profundamente com as expetativas dos pais idealizadas naturalmente durante a gestação. Esta mudança brusca no equilíbrio familiar provoca um conjunto de reações parentais que se justificam por um relatório intrapsíquico e circunstancial destas famílias. A aceitação da prematuridade e dos riscos a ela inerentes provoca, na maioria dos casos, um estado de grande sofrimento e dor, de incredulidade e descrença, modelado por momentos de grande stress mental e emocional (Sobral, 2016), além do confronto dos pais com o sofrimento e risco de sobrevivência do seu bebé (Carter, Mulder, Bartram, Darlow, 2004; Gallegos-Martinez et al., 2013).

Os bebés prematuros são muitas vezes caracterizados como menos organizados, menos alerta (Beckwith & Cohen, 1978; Di Vitto & Goldberg, 1979; Field, 1977; Stevenson, Roach, Ver Haeve & Leavitt, 1990), facilmente excitáveis e mais irritáveis (Als, 1983; Feldman, 2009; Korja et al., 2008; Treyvaud et al., 2010; Wolf et al., 2002), para além de se mostrarem menos envolvidos nas relações sociais e exibirem menos afeto positivo (Field, 1977; Harmon & Culp, 1981) quando comparados com bebés de termo, indicando uma menor capacidade de regulação emocional destes bebés (Als, 1983; Feldman, 2009; Korja et al., 2008; Treyvaud et al., 2010; Wolf et al., 2002).

Por outro lado, os dados têm apontado que as mães dos prematuros são descritas como menos responsivas aos sinais dos bebés, comparativamente às mães de bebés de termo (Di Vitto & Goldberg, 1979; Field, 1979; Zaring, Hirsch & Landry,

1988), mostrando ser mais intrusivas e/ou demasiado estimulantes (Feldman e Eidelman, 2007; Field, 1979; Minde, Perrotta & Marton, 1985; Muller-Nix et al., 2004). Embora este comportamento materno tenha sido entendido como tentativas de compensar o comportamento menos responsivo do bebé (ver revisão em Goldberg e Di Vitto, 1995), o desenvolvimento da sensibilidade, co-regulação e interações contingentes, que são aspetos típicos na interação mãe-criança, estão frequentemente limitadas nas díades mãe-bebés prematuros (Fogel, 1992; Gianino & Tronick, 1988).

Relativamente ao comportamento de autorregulação, os estudos indicam que os bebés prematuros são mais imaturos em termos de capacidade de regulação emocional, comparativamente a bebés de termo, nomeadamente na capacidade de se auto-acalmar e na regulação de stress (Als, 1983; Eckerman, Hsu, Molitor, Leung & Goldstein, 1999; Feldman, 2009; Wolf et al., 2002).

Em estudos portugueses, realizados com bebés prematuros saudáveis (e.g. Fuertes et al., 2009), os resultados indicaram que estes bebés apresentam menor organização social negativa e uma maior prevalência de comportamentos orientados para o auto-conforto, quando comparados aos bebés de termo (Fuertes et al., 2014).

Montirosso et al. (2010), na sua pesquisa acerca das competências de autorregulação, verificaram que os bebés prematuros dependem de mais estratégias de regulação externa (por exemplo a mãe ou o cuidador), comparativamente aos bebés de termo, como forma de compensar a suas próprias estratégias imaturas ou inadequadas. Desta forma, pelo fato de os bebés prematuros apresentarem competências regulatórias limitadas torna-se especialmente importante a participação dos cuidadores na manutenção do seu estado emocional. Nomeadamente, o estilo interativo da mãe, especificamente no que respeita à sua resposta adequada e sensível durante os momentos de stress, podem influenciar a forma como o bebé regula a sua emoção (Braungart-Rieker, Garwood, Powers & Wang, 2001; Conradt & Ablow, 2010; Gable & Isabella, 1992).

Contudo, ainda pouco se sabe sobre a forma como as mães dos bebés prematuros podem facilitar o processo de regulação emocional dos bebés (Jean & Stack, 2012).

Em amostras com bebés de pré-termo a prevalência de vinculação insegura é superior aquela que é encontrada em amostras com bebés de termo (e.g., Fuertes et al., 2011, Cox et al., 2000). Embora possam existir algumas divergências nos resultados de vários estudos que procuram estabelecer uma relação entre os fatores

que podem estar na origem da vinculação insegura dos bebés prematuros (Cox et al., 2000), a investigação tem sugerido que não é a prematuridade em si o fator determinante na qualidade de vinculação do bebé com a sua mãe, mas o conjunto de riscos e complicações (e.g., a hemorragia intracraniana) associados ao nascimento prematuro, assim como as representações que as mães têm dos seus bebés. Mais ainda, os resultados do estudo de Cox et al. (2000) ao comprovarem a existência de uma relação entre as representações maternas do bebé e a vinculação, sublinham a ideia de que as variáveis maternas podem exercer maior influência do que as variáveis da criança, na qualidade da vinculação mãe-filho(a) (van IJzendoorn et al, 1992).

Representações das mães dos bebés de pré-termo

Num estudo longitudinal realizado por Fuertes et al (2011), os resultados indicaram que, comparativamente às mães de termo, as mães dos bebés prematuros apresentavam perceções mais negativas acerca da gravidez e do parto, mostravam-se mais preocupadas com a saúde e desenvolvimento do seu bebé, porém mais confiantes quanto ao futuro e mais otimistas quanto às suas capacidades para se relacionarem positivamente com os seus filhos. De acordo com os resultados deste estudo, aos 9 meses, as representações maternas positivas acerca do temperamento dos bebés nascidos prematuramente, estavam associadas a expectativas positivas acerca do seu desenvolvimento e, ao suporte familiar e social após o nascimento. Aos 12 meses, a vinculação segura estava associada com as representações maternas positivas aos 9 meses. Parece existir, portanto, uma relação entre as representações maternas e a subsequente qualidade da vinculação estabelecida entre mães e filhos. Contudo, pouco se sabe ainda sobre as representações das mães dos bebés prematuríssimos (bebés muito e extremamente prematuros) (Fuertes et al., 2011).

PRESENTE ESTUDO

Na esteira de estudos anteriores sobre as representações maternas em díades com bebés de termo e pré-termo (prematuros), pretendemos averiguar e comparar as representações maternas acerca da gravidez, nascimento, maternidade e desenvolvimento dos filhos em díades com bebés prematuríssimos (IG <32 semanas) e prematuros (IG > 32 e <36 semanas). Para o efeito, foi realizado um levantamento das representações sobre a maternidade através de uma entrevista materna, realizada nas primeiras 72 horas de vida do bebé. A entrevista materna foi previamente desenvolvida e testada numa amostra de bebés prematuros (Fuentes, 2005).

Os objetivos específicos da entrevista são:

- Conhecer a reação materna à notícia da gravidez;
- Perceber até que ponto a gravidez foi ou não 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;
- Investigar as primeiras reações e sentimentos de ligação ao bebé;
- Conhecer as expectativas e conhecimentos da mãe relativamente ao comportamento e às competências sensório-percetivas do seu bebé;
- Indagar as expectativas relativamente à prestação de cuidados à criança, após alta da unidade de cuidados neonatais.

MÉTODOS

Participantes

Foram comparadas duas amostras independentes: uma amostra constituída por 20 mães e seus bebés, nascidos de extremo pré-termo (prematurríssimos) (IG <32 semanas), que se encontravam internadas na Unidade de Cuidados Neonatais do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), em Lisboa; e uma amostra constituída por 40 mães e seus bebés, nascidos de pré-termo (IG > 32 e <36 semanas), recolhida no

Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos.

O recrutamento dos recém-nascidos obedeceu aos seguintes critérios:

- a) idade gestacional abaixo das 32 semanas de gestação;
- b) não apresentarem malformações congénitas ou doenças genéticas; e 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 um dos grupos em estudo, obtivemos para o grupo dos bebés prematuríssimos um maior número de meninas (60%) em relação ao número de meninos (40%). Já no caso dos bebés prematuros a percentagem de meninos e meninas é igual (50%), conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1

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

	Género do bebé		Total
	Masculino	Feminino	
Prematuros	20	20	40
Prematuríssimos	8	12	20
Total	28	32	60

Sobre a nacionalidade das mães participantes em cada uma das amostras, sabemos que as 40 mães de bebés prematuros eram todas de nacionalidade portuguesa, e que as mães dos bebés prematuríssimos eram 14 de nacionalidade portuguesa e 6 de outras nacionalidades, como se pode confirmar pelos dados apresentados na tabela seguinte.

Tabela 2

Frequência das nacionalidades maternas, de acordo com os grupos de estudo.

	Amostra		Total
	Prematuros	Prematuríssimos	
Portuguesa	40	14	54
Brasileira	0	1	1
Angolana	0	2	2
Cabo Verdiana	0	2	2
Ucraniana	0	1	1
Total	40	20	60

Conforme apontam os dados da tabela 3, houve um maior número de partos distócicos em ambos os grupos (bebés prematuros 72.5% e bebés prematuríssimos 75%), comparativamente ao número de partos eutócicos (prematuros 27.5% e prematuríssimos 25%).

Tabela 3

Frequência de casos em função do tipo de parto, de acordo com os grupos de estudo.

	Parto		Total
	Eutócico	Distócico	
Prematuros	11	29	40
Prematuríssimos	5	15	20
Total	16	44	60

Salientamos que os partos dos bebés prematuríssimos ocorreram devido a: rutura da membrana (7 casos); atraso de crescimento intra-uterino (3 casos); descolamento da placenta (3 casos); dilatação precoce (3 casos); pré-eclampsia (1 caso); perda de líquido amniótico (2 casos); bradicardia do bebê (2 casos); infecção (1 caso); contratibilidade (1 caso)¹. Neste grupo, 3 mães recorreram a fertilização *in vitro* (FIV) para engravidar.

Por sua vez, os partos prematuros deveram-se a: rutura da membrana (em 11 casos); infecção (em 6 casos); pré-eclampsia (em 6 casos); perda de líquido amniótico

¹ O número de causas para o parto prematuro apresentadas ultrapassa o número da nossa amostra de bebés prematuríssimos, uma vez que, em alguns casos aconteceu mais do que uma causa para o mesmo parto.

(em 5 casos); atraso de crescimento intra-uterino (em 3 casos); descolamento da placenta (em 3 casos); dilatação precoce (em 5 casos) e por bradicardia do bebé (1 caso). Duas mães recorreram a FIV para engravidar no grupo dos bebés prematuros.

De acordo com os dados demográficos recolhidos, as mães e os pais dos bebés prematuros apresentam em média mais anos de escolaridade, menor número de filhos e, tanto as mães como os pais são mais novos em idade, comparativamente às médias apresentadas para os mesmos indicadores na amostra de bebés prematuríssimos. Conforme esperado, a amostra de bebés prematuríssimos apresenta em todos os indicadores (APGAR ao 1º e 5º minutos; Idade Gestacional; Peso à nascença) valores médios inferiores comparativamente aos bebés prematuros, como se pode verificar pela tabela 4.

Tabela 4

Médias, desvios padrão, máximos, mínimos e valores de t-student relativamente aos dados demográficos dos bebés e das suas famílias, de acordo com os grupos de estudo.

Dados demográficos dos bebés e das suas famílias								
	Amostra	N	Min	Max	M	DP	t	p
Apgar ao 1º minuto	Prematuros	40	2	9	7.88	1.79	-3.545	.001
	Prematuríssimos	19	1	9	5.68	2.95		
Apgar ao 5º minuto	Prematuros	40	7	10	9.25	.87	-3.887	.001
	Prematuríssimos	19	2	10	7.95	1.72		
Idade gestacional do bebé	Prematuros	40	31	36	34.25	1.59	-11.109	.001
	Prematuríssimos	20	23.5	31.6	28.34	2.51		
Peso do bebé à nascença em gramas	Prematuros	40	1435	2890	2141.25	405.84	-9.497	.001
	Prematuríssimos	20	625	2135	1108.35	378.72		
Número de irmãos do bebé	Prematuros	40	0	2	.38	.59	2.002	.050
	Prematuríssimos	20	0	3	.75	.85		
Nº filhos da mãe	Prematuros	40	1	4	1.34	.99	2.369	.001
	Prematuríssimos	20	0	4	.80	1.15		
Idade da mãe	Prematuros	40	18	42	29.57	6.02	-5.553	.001
	Prematuríssimos	20	26	42	33.95	4.36		
Idade do pai	Prematuros	40	21	48	29.95	5.73	4.064	.001
	Prematuríssimos	19	28	53	36.68	6.39		

Anos de escolaridade da mãe	Prematuros	40	4	19	3.23	1.46	-3.248	.002
	Prematuríssimos	20	1	3	2.10	.72		
Anos de escolaridade do pai	Prematuros	40	3	19	3.23	1.44	-3.314	.002
	Prematuríssimos	18	1	3	2.00	.84		

Procedimentos

O presente estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, estando a ser realizado em colaboração com a Equipa de Medicina e a Equipa de Enfermagem na Neonatologia do HSFX.

Num primeiro momento após o parto, uma outra investigadora contactou potenciais mães participantes e explicou o propósito e procedimentos do estudo. Para se determinar se as mães seriam elegíveis para o estudo foi preenchida uma ficha de anamnese (ver anexo 1) para recolha dos dados demográficos (e.g., dados pessoais da mãe e do pai; agregado familiar; condições profissionais), informação pré-natal, perinatal e pós-natal (e.g., 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; alimentação do bebé). Esta informação foi complementada através do registo médico hospitalar da situação clínica, a respeito das condições pré-natal e perinatal relevantes para o estudo.

Outros dados foram obtidos através de uma Entrevista Materna (ver anexo 2), previamente desenvolvida e testada numa amostra de bebés pré-termo (Fuentes, 2005), realizada nas primeiras 72h após o parto, no HSFX onde os recém-nascidos se encontravam com as suas mães ainda em regime de internamento. A entrevista materna, seguindo os trâmites de um protocolo previamente estabelecido, tinha como propósito central explorar as representações maternas relativamente ao **desenrolar da gravidez** (planeada/não planeada; reação materna e paterna à notícia da gravidez; reação de outros membros da família; suporte familiar, social, serviços médicos de acompanhamento); **às expectativas e emoções afetivas na gravidez** (sentimentos e sensações, bebé imaginado, preocupações/medos relacionados com o bebé); **à reação ao nascimento antecipado/ prematuridade**; **à relação com o seu filho recém-nascido** (quando sentiu amor pela primeira vez; sentimentos/sensações ao tocar/ver o bebé pela primeira vez; sentimentos ao afastamento; classificação do

temperamento do bebê); **ao conhecimento das capacidades sensório perceptivas do bebê** (já ouve; já vê) e **à maternidade** (cuidar do bebê; possíveis dificuldades; apoio/rede de suporte).

As mães selecionadas assinaram o seu consentimento informado para a participação no estudo. Neste documento garantiu-se a confidencialidade e a possibilidade de desistência do estudo em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para as famílias.

Análise dos dados

Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva e inferencial usando a versão 22 do programa 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

Apresentação dos resultados acerca das representações maternas dos bebês prematuros e prematuríssimos, recolhidas na entrevista.

No que respeita **ao desejo da gravidez**, a incidência das mães que desejaram a gravidez é semelhante nos dois grupos, tanto os bebês prematuros como os bebês prematuríssimos foram na sua maioria desejados pelas suas mães. Com efeito, 77.5% das mães de bebês prematuros e 75% das mães de bebês prematuríssimos responderam afirmativamente quanto ao desejo desta gravidez, conforme se pode confirmar pelos dados apresentados na tabela 5.

Tabela 5

Frequência de respostas maternas à questão gravidez desejada, de acordo com os grupos de estudo.

	Gravidez desejada			Total
	Não	Sim	Ambivalência	
Prematuros	9	31	0	40
Prematuríssimos	4	15	1	20
Total	13	46	1	60

Resultados similares foram encontrados para o indicador **aceitação da gravidez**. Tanto as mães dos bebês prematuros (95%) como dos bebês prematuríssimos (95%) exprimem um sentimento de aceitação da sua gravidez, como indicam os resultados da tabela 6.

Tabela 6

Frequência das respostas maternas à aceitação da gravidez, de acordo com os grupos de estudo.

	Aceitou bem a sua gravidez			Total
	Não	Sim	Ambivalência	
Prematuros	2	38	0	40
Prematuríssimos	0	19	1	20
Total	2	57	1	60

Em termos do **apoio recebido durante a gravidez**, pode constatar-se pelos dados da tabela 7, que 92.5% das mães de bebês prematuros e 90% das mães de bebês prematuríssimos sentiram-se apoiadas durante a sua gravidez.

Tabela 7

Frequência das percepções maternas relativamente ao apoio recebido durante a gravidez, de acordo com os grupos de estudo.

	Foi apoiada durante a gravidez			Total
	Não	Sim	Em parte	
Prematuros	1	37	2	40

Prematuríssimos	0	18	2	20
Total	1	55	4	60

Os resultados obtidos acerca da **reação à notícia da prematuridade** indicam que 70% das mães dos bebês prematuros temeu pela vida do seu bebê, aquando da notícia de parto prematuro, embora as restantes mães, 30%, tenha respondido “não ter temido”. Na amostra dos bebês prematuríssimos, foi o sentimento de choque/pânico à notícia da prematuridade que predominou num total de 65% das respostas maternas, como se pode confirmar na tabela seguinte.

Tabela 8

Frequência das reações maternas à notícia do nascimento antecipado/ prematuridade, de acordo com os grupos de estudo.

	Quando soube que o seu bebé ia nascer antes do termo temeu pelo seu bebé			Total
	Não	Sim	Choque/pânico	
Prematuros	12	28	0	40
Prematuríssimos	2	5	13	20
Total	14	33	13	60

Para 80% das mães dos bebês prematuros a **primeira vez em que sentiu amor pelo seu bebé** foi no momento da notícia da gravidez, enquanto para as mães dos bebês prematuríssimos a maioria das respostas variam entre o momento da notícia da gravidez (45%) e o momento em que ouviram/viram o bebé ao nascimento (30%), conforme indicam os dados na tabela 9.

Tabela 9

Frequência das respostas maternas à questão Quando sentiu amor pelo seu bebê pela 1ª vez, de acordo com os grupos de estudo.

	Quando é que sentiu amor pela primeira vez pelo seu bebê?							Total
	Não identifica o sentimento com amor	Notícia da gravidez	Crescimento da barriga	Na ecografia	Ver/ouvir o bebê logo ao nascimento	Sentir o bebê mexer pela primeira vez dentro da barriga	Ao vê-lo na incubadora	
Prematuros	1	32	2	1	3	1	0	40
Prematuríssimos	2	9	0	0	6	2	1	20
Total	3	41	2	1	9	3	1	60

As **reações maternas ao primeiro afastamento do seu bebê** descritas na tabela 10, indicam que as mães dos bebês prematuros sentem mais sofrimento/medo/culpa (62.5%) como reação ao primeiro afastamento, enquanto as respostas das mães dos prematuríssimos se dividem entre sentimento de sofrimento/medo/culpa (45%) e sentimento de pena/aceitação (40%).

Tabela 10

Frequência das reações maternas ao primeiro afastamento do seu bebê, de acordo com os grupos de estudo.

	Reação ao primeiro afastamento			Total
	Não sei	Sufrimento/medo/ culpa	Pena mas aceitou bem	
Prematuros	3	25	12	40
Prematuríssimos	3	9	8	20
Total	6	34	20	60

Embora algumas mães dos bebês prematuros não saibam ainda como descrever o **temperamento do seu bebê** (25%), cerca de 52.5% destas mães caracteriza o seu bebê como calmo. Comparativamente, as mães dos bebês prematuríssimos apresentam respostas muito dispersas acerca do temperamento dos seus filhos, sendo que algumas caracterizam o seu bebê como calmo (31.5%), outras

como agitado/chorão (31.5%) e outras ainda não sabem como descrevê-lo (31.5%) (ver tabela 11).

Tabela 11

Frequência das representações maternas do temperamento do seu bebê de acordo com os grupos de estudo.

	Caracterização do temperamento do bebê				Total
	Não sei	Calmo	Agitado/chorão	Misto	
Prematuros	10	21	4	5	40
Prematuríssimos	6	6	6	1	19
Total	16	27	10	6	59

Quando questionadas acerca das **capacidades sensoriais e preceptivas dos bebês**, tanto as mães dos bebês prematuros (72.5%) como as mães dos prematuríssimos (92.3%) reconhecem já estas capacidades nos seus bebês, conforme indicado na tabela 12.

Tabela 12

Frequência das percepções maternas das capacidades sensório preceptivas do bebê, de acordo com os grupos de estudo.

	Acha que o seu bebê já reconhece			Total
	Não	Sim	Não sei	
Prematuros	6	29	5	40
Prematuríssimos	0	12	1	13
Total	6	41	6	53

Em ambos os grupos as mães dos bebês (prematuros e prematuríssimos) reconhecem ter as **competências para cuidar do seu bebê** e são otimistas quanto ao futuro. Como indicam os resultados apresentados na tabela 13, 75% das mães de prematuros e 55% das mães de prematuríssimos respondeu “vai ser bom e vai correr bem”. Por outro lado, as mães que consideram que será difícil, também se mostram dispostas a aprender (20% das mães dos bebês prematuríssimos e 12.5% das mães dos bebês prematuros).

Tabela 13

Frequência das representações maternas relativamente às capacidades para cuidar do seu bebé, de acordo com os grupos de estudo.

	Como será cuidar do seu bebé					Total
	Não sei	Bom e vai correr bem	Difícil e vou aprender	Sinto medo de não saber	Não quero pensar nisso agora	
Prematuros	3	30	5	2	0	40
Prematuríssimos	2	11	4	1	2	20
Total	5	41	9	3	2	60

Na questão acerca das **dificuldades no futuro**, podemos observar pela tabela 14 que, as mães dos bebés prematuros são as que antecipam mais dificuldades (25%), mas também o grupo com maior percentagem de respostas para “nenhumas dificuldades” (50%). Todavia, embora algumas mães dos bebés prematuríssimos refira ainda não saber responder a esta questão (40%), ou não querer pensar sobre o assunto (20%), outras consideram a possibilidade de contar com ajudas mesmo que surjam dificuldades (20%) ou, poder não vir a ter nenhuma dificuldades (20%).

Tabela 14

Frequência das representações maternas acerca das dificuldades no futuro com o seu bebé, de acordo com os grupos de estudo.

	Dificuldades no futuro					Total
	Não sei	Nenhumas	Algumas, mas pedirei ajudas	Antecipa imensas dificuldades	Não quero pensar nisso agora	
Prematuros	4	20	6	10	0	40
Prematuríssimos	8	4	4	0	4	20
Total	12	24	10	10	4	60

Relação entre as variáveis demográficas e as respostas maternas dos bebés prematuros e prematuríssimos

Quando procuramos analisar a relação das variáveis demográficas (recolhidas em ambos os grupos) com as representações maternas, encontramos uma relação significativa entre as respostas maternas à questão que *dificuldades imagina vir a ter e*

os indicadores: APGAR ao 5º minuto; idade gestacional, peso do bebé à nascença e idade do pai.

Como se pode verificar pelos dados apresentados na tabela 15, as mães que **antecipam imensas dificuldades** têm bebés com o índice de APGAR ao 5º minuto mais elevado, maior idade gestacional e mais peso à nascença comparativamente às mães que **antecipam algumas dificuldades mas pedirão ajuda**. Por outro lado, os pais destes bebés são mais novos.

Tabela 15

Comparação de médias, desvios padrão e valores de t-student entre os fatores demográficos e as respostas maternas acerca das dificuldades no futuro com o seu bebé, de acordo com os grupos de estudo.

	Dificuldades no futuro	M	DP	t	p
Apgar ao 1º minuto	Antecipa imensas dificuldades	7.70	2.26	.888	.386
	Algumas, mas pedirei ajuda	6.70	2.75		
Apgar ao 5º minuto	Antecipa imensas dificuldades	9.40	.84	2.466	.024
	Algumas, mas pedirei ajuda	8.40	.97		
Idade gestacional bebé	Antecipa imensas dificuldades	34.30	1.42	2.434	.026
	Algumas, mas pedirei ajuda	31.11	3.90		
Peso do bebé à nascença em gramas	Antecipa imensas dificuldades	2214.00	381.89	2.799	.012
	Algumas, mas pedirei ajuda	1593.20	588.40		
Número de irmãos do bebé	Antecipa imensas dificuldades	.10	.32	-1.567	.135
	Algumas, mas pedirei ajuda	.40	.52		
Idade do pai	Antecipa imensas dificuldades	27.00	3.97	-3.031	.007
	Algumas, mas pedirei ajuda	34.30	6.50		
Anos de escolaridade da mãe em ordem	Antecipa imensas dificuldades	2.80	1.23	-.753	.461
	Algumas, mas pedirei ajuda	3.30	1.70		
Anos de escolaridade do pai	Antecipa imensas dificuldades	2.80	1.23	-1.172	.256
	Algumas, mas pedirei ajuda	3.50	1.43		

Na tabela 16 verificamos que as mães que **não antecipam dificuldades** relativamente **às que antecipam algumas dificuldades mas pedirão ajuda**, têm bebés com índice de APGAR ao 5º minuto mais elevado bem como maior idade gestacional e peso à nascença.

Tabela 16

Comparação de médias, desvios padrão e valores de t-student entre os fatores demográficos e as respostas maternas acerca das dificuldades no futuro com o seu bebê, de acordo com os grupos de estudo.

	Dificuldades no futuro	M	DP	t	p
Apgar ao 1º minuto	Nenhumas	8.04	1.49	1.848	.074
	Algumas, mas pedirei ajuda	6.70	2.75		
Apgar ao 5º minuto	Nenhumas	9.38	.65	3.452	.002
	Algumas, mas pedirei ajuda	8.40	.97		
Idade gestacional bebê	Nenhumas	33.53	2.46	2.185	.036
	Algumas, mas pedirei ajuda	31.11	3.89		
Peso do bebê à nascença em gramas	Nenhumas	2039.42	575.53	2.047	.049
	Algumas, mas pedirei ajuda	1593.20	588.40		
Número de irmãos do bebê	Nenhumas	.75	.738	1.363	.182
	Algumas, mas pedirei ajuda	.40	.52		
Idade do pai	Nenhumas	31.92	6.25	-1.002	.324
	Algumas, mas pedirei ajuda	34.30	6.50		
Anos de escolaridade da mãe em ordem	Nenhumas	3.00	1.48	-.517	.609
	Algumas, mas pedirei ajuda	3.30	1.70		
Anos de escolaridade do pai	Nenhumas	2.96	1.58	-.932	.358
	Algumas, mas pedirei ajuda	3.50	1.43		

Por fim, os dados apresentados na tabela 17 indicam que, os bebês das mães que **não antecipam dificuldades** têm pais mais velhos e mais irmãos, comparativamente aos bebês das mães que esperam **sentir muitas dificuldades**.

Tabela 17

Comparação de médias, desvios padrão e valores de t-student entre os fatores demográficos e as respostas maternas acerca das dificuldades no futuro com o seu bebê, de acordo com os grupos de estudo.

	Dificuldades no futuro	M	DP	t	p
Apgar ao 1º minuto	Nenhumas	8.04	1.49	.521	.606
	Antecipa imensas	7.70	2.26		
Apgar ao 5º minuto	Nenhumas	9.38	.65	-.094	.926
	Antecipa imensas	9.40	.84		
Idade gestacional bebê	Nenhumas	33.53	2.46	-.928	.360
	Antecipa imensas	34.30	1.42		

Peso do bebé à nascença em gramas	Nenhumas	2039.42	575.53	-.878	.386
	Antecipa imensas	2214.00	381.88		
Número de irmãos do bebé	Nenhumas	.75	.74	2.669	.012
	Antecipa imensas	.10	.32		
Idade do pai	Nenhumas	31.92	6.25	2.292	.029
	Antecipa imensas	27.00	3.97		
Anos de escolaridade da mãe em ordem	Nenhumas	3.00	1.47	.377	.709
	Antecipa imensas	2.80	1.23		
Anos de escolaridade do pai	Nenhumas	2.96	1.58	.278	.783
	Antecipa imensas	2.80	1.23		

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi propósito deste estudo, investigar as representações maternas em díades com bebés prematuríssimos ou de extremo pré-termo (IG <32 semanas), comparando-as com as díades com bebés prematuros ou pré-termo (IG >32 e <36 semanas). Para o efeito, foi realizada uma entrevista materna nas primeiras 72 horas após o nascimento a 20 mães de bebés prematuríssimos e 40 mães de bebés prematuros. A entrevista materna foi previamente desenvolvida e testada numa amostra de bebés prematuros (Fuentes, 2011) e tinha como propósito central explorar as representações maternas relativamente ao desenrolar da gravidez, ao nascimento antecipado, à maternidade e ao seu filho prematuro.

Por critério amostral, no grupo dos bebés prematuríssimos em todos os indicadores relativos ao bebé (APGAR ao 1º e 5º minutos; Idade Gestacional; Peso à nascença) verificam-se valores médios inferiores comparativamente ao grupo de bebés prematuros. Para além da idade gestacional, na nossa amostra o grupo dos prematuríssimos tem outras particularidades, pois as suas mães e os seus pais são em média mais velhos, têm maior número de filhos e menor nível de escolaridade, comparativamente às médias obtidas para os mesmos indicadores no grupo de bebés prematuros. Não sabemos de que forma estes fatores operam (como fonte de risco ou de proteção) e como interagem entre si.

Ainda no que respeita aos fatores que justificam o nascimento prematuro, De acordo com os dados recolhidos foi possível verificar que os partos dos prematuros e prematuríssimos deveram-se a fatores como: atraso de crescimento intra-uterino; rutura da membrana; perda de líquido amniótico; infeção; descolamento da placenta;

bradicardia do bebê; pré-eclampsia; ameaça de parto precoce (contratibilidade) e dilatação precoce. Quase todos estes fatores podem ser assustadores e inesperados no desenvolvimento da gravidez.

Embora se saiba que o nascimento prematuro tem uma etiologia multifatorial, as suas causas resultam da interação de vários mecanismos bem como do efeito independente de alguns deles (Murphy, 2007). Na literatura científica são mencionados fatores de risco epidemiológicos (fatores maternos, paternos e fetais), ambientais (socioeconómicos, psicossociais e stress, infeções, nutrição e poluição), genéticos ou epigenéticos (op cit.).

Relativamente à análise dos resultados obtidos nas entrevistas maternas, quer no grupo de bebês prematuros quer no dos bebês prematuríssimos, as mães exprimem o seu desejo e aceitação pela gravidez, expressam um sentimento de apoio durante a mesma e são otimistas quanto às suas competências para cuidar dos seus bebês. Porventura, estes aspetos estão relacionados, pois se a gravidez foi desejada e apoiada é natural que as mães se sintam confiantes para a prestação materna.

É um dado curioso, o fato de se ter encontrado, pelos resultados, que as mães dos bebês prematuros e prematuríssimos tenham (na maior percentagem de respostas) desejado muito a sua gravidez. Por análise dos dados de anamnese constata-se que, em vários casos, as mães tinham recorrido à fertilização *in vitro* (FIV) para engravidar, eram primíparas e mais velhas, indicadores que nos remetem para o grupo dos bebês prematuríssimos. Estes bebês foram muito desejados e sonhados. A literatura indica que existe um maior risco de prematuridade em casos de FIV (Freitas, Siqueira e Segre, 2008), e ao mesmo tempo, um maior desejo do sucesso da gravidez, pois recorre-se à FIV para alcançar a realização da maternidade e parentalidade (Freitas, Segre, Borge, Glinav, Leone e Siqueira, 2008).

Também, tanto as mães dos bebês prematuros como dos bebês prematuríssimos reconhecem as capacidades sensório-percetivas dos bebês e, de uma maneira geral, demonstram uma perceção positiva a respeito do temperamento dos seus filhos.

Contudo, num estudo análogo, quando comparadas as representações maternas de bebês de termo com as representações maternas de bebês prematuríssimos verificou-se que, as mães de bebês de termo tendem a caracterizar os seus recém-nascidos com temperamento mais positivo, considerando-os mais

frequentemente como calmos (63.4%) (Almeida, 2017). Já as respostas no grupo das mães dos prematuríssimos foram mais divididas quanto à caracterização do temperamento do seu bebê. Parece-nos que 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).

Se nas questões anteriores as respostas das mães dos bebês de prematuros e prematuríssimos se aproximavam, noutros domínios verificaram-se diferenças nas percepções maternas destes dois grupos quanto a: reação à prematuridade, a primeira vez que sentiu amor pelo seu bebê, a reação ao primeiro afastamento, e percepção de dificuldades futuras no cuidado do seu bebê.

Quando analisados os dados relativos às reações maternas à prematuridade e o temor pela vida dos seus bebês, as mães dos bebês prematuríssimos classificam esta experiência como chocante/traumatizante (65%), enquanto as mães dos bebês prematuros estavam preocupadas com a sobrevivência do seu bebê (70%).

Segundo a literatura existente, esta mudança brusca no equilíbrio familiar provoca um conjunto de reações parentais que se justificam por um reportório intrapsíquico e circunstancial destas famílias. A aceitação da prematuridade e dos riscos a ela inerentes provoca, na maioria dos casos, um estado de grande sofrimento e dor, de incredulidade e descrença, modelado por momentos de grande stress mental e emocional. Estas mães e pais “partem” para o desafio da maternidade/paternidade, apresentando um estado psicológico e emocional perturbado por altos níveis de stress e até mesmo traumático (como descrevem as respostas de algumas mães) que parece ser ainda maior no caso das mães dos bebês prematuríssimos (Stern et al., 1998; Misund et al., 2014; Mianaei et al., 2014; Gallegos- Martinez et al., 2013; Lasiuk et al., 2013).

Relativamente ao sentimento expresso aquando do primeiro afastamento do seu bebê, as mães dos bebês prematuríssimos apresentam um conjunto de respostas diferentes. Algumas referem sentir culpa/medo, outras explicam aceitar a situação. De fato, os pais sentem-se confrontados com um conjunto de sentimentos não só de angústia, ansiedade, raiva, culpa e depressão como também evidenciam sintomas de trauma (Feldman, 2006; Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger & Mulier-

Nix, 2006). Talvez a vivência traumática do parto prematuro, associada ao elevado risco e ao medo de perda dos seus filhos, possa de alguma forma justificar a aparente desvalorização das mães quanto ao fato de ficarem afastadas dos seus bebês e, por outro lado, as leve a aceitar a necessidade de ajuda/intervenção especializada, conforme expressam as suas respostas nas entrevistas maternas. Comparativamente, as mães dos bebês prematuros são as que sentem mais medo e culpa relativamente ao primeiro afastamento dos seus bebês. O nascimento prematuro quebra profundamente com as expectativas dos pais idealizadas naturalmente durante a gestação, conduzindo a um enorme sentimento de tristeza e de insegurança inicial dos pais, pois encontram-se numa realidade que desconhecem e diferente daquela que foi imaginada (Sobral, 2016).

Os pais que antecipam imensas dificuldades e/ou nenhuma dificuldade nos cuidados futuros com o seu bebé, são em média mais novos, têm menos filhos, e os seus bebês têm em média o índice de APGAR ao 5º minuto mais elevado, maior idade gestacional e mais peso à nascença. Apesar do bebé ter melhores indicadores de vitalidade, o fato de os pais serem mais novos e menos experientes ou inexperientes, faz com que estejam mais preocupados, isto, comparativamente aos pais mais velhos e mais experientes que têm bebês em maior risco. A intervenção na maternidade deverá estar atenta a estes pais e ajudá-los, sempre que necessário, com informação importante e adequada a cada família, tais como: aconselhamento e ensinamentos ao nível dos cuidados futuros com o bebé (e.g., ajudar os pais a saber como cuidar do seu bebé, alimentação, higiene, segurança e organização de espaços, estratégias preventivas de risco de doença), disponibilizar um acompanhamento continuado pós-natal e, mais especificamente, após a alta hospitalar (contactos especializados a quem os pais podem recorrer em caso de emergência ou quando surgem dúvidas, por exemplo uma linha telefónica, uma equipa de técnicos de saúde de um determinado serviço de saúde), esclarecer acerca da existência de equipas de intervenção precoce e do seu objetivo concreto (salientar a importância de uma intervenção atempada, adequada a cada realidade concreta e numa lógica da prevenção).

Fuertes e a sua equipa (2011), na pesquisa em que compararam mães de bebês de termo e mães de bebês prematuros, não encontraram diferenças significativas nas expectativas das mães dos prematuros quanto a dificuldades futuras com os seus bebês, comparativamente às das mães de bebês de termo (Fuertes et al., 2011). Contudo, os resultados obtidos no presente estudo, indicam que as mães

de bebés prematuros parecem mais pessimistas e antecipam mais dificuldades, comparativamente às mães dos bebés prematuríssimos.

Talvez pelo fato de os bebés prematuríssimos se apresentarem mais vulneráveis pela sua própria condição de prematuridade extrema (todos os indicadores relativos ao bebê – APGAR ao 1º e 5º minutos; Idade Gestacional; Peso à nascença – têm valores médios inferiores comparativamente ao grupo de bebés prematuros), estarem expostos a mais fatores de risco (não só pela IG mais baixa, mas também por terem as mães e os pais em média mais velhos em idade, e com menor nível de escolaridade, comparativamente às médias obtidas para os mesmos indicadores no grupo de bebés prematuros), e se encontrarem ainda em elevado risco de sobrevivência, as mães dos bebés prematuríssimos revelem maior preocupação pela vida dos seus bebés e não queiram antecipar dificuldades futuras, como é expressivo pelas respostas obtidas na entrevista materna. De acordo com os resultados, são as mães dos bebés prematuríssimos que antecipam menos dificuldades futuras e se mostram mais otimistas na relação e cuidados com os seus bebés, mostrando-se predispostas a aceitar ou pedir ajuda se necessário. Os dados sugerem que os pais dos bebés prematuríssimos vivem processos de vinculação distintos e marcados pela ansiedade da sobrevivência dos bebés.

Em suma, as mães dos prematuríssimos e as mães dos prematuros traçam representações distintas acerca da maternidade e dos seus bebés, os fatores de saúde e de nascimento afetam fortemente essas representações (como o peso gestacional ou a idade gestacional) mas também os fatores dos próprios pais como a sua escolaridade, número de filhos ou idade. Deste modo, reforça-se a ideia que a preparação dos pais para a maternidade é fundamental. A prematuridade pode não constituir um risco se não for agravada por condições de saúde ou danos neurológicos do bebê. Contudo, a resiliência do bebê prematuro periga face a uma maternidade desprotegida.

CONTRIBUTO PARA A INTERVENÇÃO PRECOCE

De acordo com os Modelos Bioecológico de Bronfenbrenner (1979) e Transacional proposto por Sameroff e Fiese (2000), o desenvolvimento infantil resulta das interações que a criança estabelece nos contextos em que está inserida e pelas vivências que lhe são proporcionadas, particularmente pela família e cuidadores.

A prematuridade constitui um maior risco para a qualidade da interação mãe-criança (Feldman, 2007; Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet & Muller-Nix, 2011; Treyvaud et al., 2010).

O nascimento prematuro quebra profundamente com as expectativas dos pais idealizadas naturalmente durante a gestação, podendo conduzir a sentimentos de tristeza e de insegurança, pois os pais encontram-se numa realidade que desconhecem e diferente daquela que foi imaginada (Sobral, 2016). Ora, este pode ser o primeiro momento da intervenção, conhecer as expectativas dos pais e a forma como lidam com o nascimento do bebé prematuro. Na verdade, alguns pais mantêm-se encantados pelo seu bebé independentemente de ter nascido antes do término da gestação. O profissional não deve assumir o contrário e contagiar os pais com a expectativa de que podem estar preocupados ou ansiosos. Contudo, alguns pais estarão efetivamente aflitos e o profissional deverá tentar compreender a história de gravidez e de vida subjacente às representações dos pais.

Em intervenção precoce, todas as respostas deverão ser individualizadas e a primeira fase de intervenção deverá ser conhecer a família (Dunst, 2000, 2002). O stress vivenciado pelos pais quer no internamento, quer no momento após a alta hospitalar, poderá diminuir a sensibilidade de resposta e a qualidade interativa com o seu bebé (Mianaei et al., 2014). Alguns pais lidam bem com o internamento do bebé na unidade de cuidados intensivos mas preocupam-se como será cuidar do seu bebé sem o apoio dos profissionais. Outros pais, contudo, estão extramente focados na sobrevivência do bebé (como indicam os nossos dados). Portanto, para diferentes famílias e experiências deverão ser equacionadas diferentes estratégias.

Por outro lado, os dados da pesquisa de Fuertes e a sua equipa (2009) (no paradigma experimental Still-face, com uma amostra de bebés prematuros saudáveis de 3 meses) indicam que os bebés prematuros apresentam menor organização social negativa e uma maior prevalência de comportamentos orientados para auto-conforto, quando comparados aos bebés de termo (Fuertes et al., 2014). Esta elevada

prevalência de comportamentos de auto-conforto tende a ser compreendida e justificada (pelos autores) pela necessidade que os bebês têm de se adaptar a situações adversas impostas pelo próprio nascimento prematuro, como: o internamento nas unidades de cuidados neonatais, que implica a manipulação e cuidados intrusivos com o bebê, por vezes dolorosos; o convívio com uma equipa de vários profissionais e vários períodos de afastamento dos pais, para além da ansiedade, que esta experiência provoca, e que é sentida e transmitida pelos pais. Ora, os pais devem ser apoiados na construção de uma base segura que ajude a securizar o bebê após esta experiência. O método Canguru e a massagem do bebê, por exemplo, têm indicado bons resultados na promoção da sensibilidade dos pais, na proximidade física e afetiva pais-filhos e no desenvolvimento de comportamentos de vinculação segura por parte do bebê (Feldman, Weller, Sirota & Eidelman, 2002).

Como refere Fuertes (2012) "...a qualidade da vinculação afeta a formação da personalidade e o desenvolvimento infantil", portanto, "a compreensão da relação entre pais e filhos é um fator crucial para o sucesso das práticas de intervenção precoce." Sublinha-se, por isso, a necessidade de respostas adequadas aos bebês desde o seu nascimento, sobretudo no que respeita à dimensão socio-emocional, dando especial importância aos primeiros laços afetivos. Outros autores, como Guralnick (2011), também salientam a necessidade de uma intervenção centrada nos processos diádicos, com intuito de promover e enriquecer a qualidade dos mesmos, considerando esta dimensão tão importante como o empenho aplicado na estimulação e progresso de diferentes competências do desenvolvimento.

Assim, as práticas de intervenção precoce (IP) poderão contribuir numa lógica preventiva, que possibilita a identificação atempada de condições de risco, tendo em conta todos os contextos de vida da criança, evitando que a sinalização seja feita apenas quando se manifestam ou são identificadas as dificuldades (Seixas, 2015).

Por outro lado, a IP deverá ser entendida como uma prática dirigida à família, que inclui obviamente a criança mas que não se foca apenas nos problemas provocados pelo nascimento prematuro e, que "se baseia numa rede integrada de serviços, apoios e recursos, que dão resposta às necessidades do conjunto da unidade familiar" (Almeida, 2004).

Um trabalho multidisciplinar (como se pretende na IP) de apoio contínuo aos pais poderá traduzir-se em atividades que fomentem a sensibilidade materna e paterna e a construção de uma relação positiva e equilibrada, com consequências

benéficas para o desenvolvimento do prematuro (Brum & Schermann, 2004, Poehlmann et al., 2012).

LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS

A presente investigação deve ser compreendida como uma pesquisa exploratória para averiguar, ainda que num pequeno grupo, as representações maternas sobre a gravidez. 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. D., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Als, H. (1983). Infant individuality: Assessing patterns of very early development. In J. D. Call, E. Glenson, & R. L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry* (pp.363-378). New York, NY: Basic Books.
- Almeida, A. R. (2017). *Estudo Comparativo das representações maternas em díades com bebés de termo e extremo pré-termo*. Tese de Mestrado em Intervenção Precoce. Escola Superior de Educação de Lisboa. Instituto Politécnico de Lisboa. Lisboa.
- Alves, M., Fuertes, M. & Sousa, O. (2014). Comportamentos interativos mãe-filho(a) e pai-filho(a) aos 15 meses de vida. Estudo exploratório. In *Atas do II Encontro de Mestrados em Educação e Ensino da Escola Superior de Educação de Lisboa*, 2, 39-49.
- Beckwith, L. & Cohen, S. E. (1978). Preterm birth: Hazardous obstetrical and postnatal events as related to caregiver- infant behavior. *Infant Behavior and Development*, 1, 403-411.

- Benoit, D., Parker, K.C. & Zeanah, C. H. (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 38(3), 307-313.
- Bowlby, J. (1969, 1982). *Attachment and loss* (Vol. I). London: Penguin Book.
- Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C., & Sherman, M. (1989). Attachment- Parental Perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 203-221.
- Brazelton, B. & Cramer, B. (1990). *The Earliest Relationship*. Reading, MA: Addison-Wesley/Lawrence.
- Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P. & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child Development*: 72, 252-270.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. In R. Vasta (Eds.) *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp.187-248). Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(2), 457-467.
- Carter, J.D., Mulder, R. T., Bartram, A. F. & Darlow, B. A. (2004). Infants in Neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 90, 109-113.
- Cohen, S. E. & Beckwith, L. (1979). Preterm infant interaction with caregiver in the first year of live and competence at age two. *Child Development*, 50, 767-776.
- Conradt, E. & Ablow, J. (2010). Infant physiological response to the still-face paradigm: Contributions of maternal sensitivity and infants' early regulatory behavior. *Infant Behavior and Development*: 33, 251-265.

- Cox, S. M., Hopkins, J., & Hans, S. L. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: neonatal risk status and maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, 21(6), 464-480.
- Crittenden, P. M. (2003). *Care-Index Manual*. Não publicado.
- Crnic, K. A., Ragozin, A. S., Greenberg, M. T., Robinson, N. M. & Basham, R. B. (1983). Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life. *Child Development*, 54, 1199-1210.
- 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. J. (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.
- Eckerman, C. O., Hsu, H. C., Molitor, A., Leung, E. H. & Goldstein, R. F. (1999). Infant arousal in an en-face exchange with a new partner: Effects of prematurity and perinatal biological risk. *Developmental Psychology*. 35, 282-293.
- 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.
- Ferreira, L. B. (2016). Prematuridade e parentalidade: uma visão pela psicologia pediátrica. *Diálogos acerca da prematuridade*. Edições Aloendro: Évora.
- Field, T.M. (1977). Effects of early separation, interactive deficits and experimental manipulations on infant-mother face-to-face interactions. *Child Development*, 48, 763-771.

- Field, T.M. (1979). *Interaction patterns of preterm and term infants*. In T.M. Field, A.M. Sostek, S. Goldberg & H.H. Shuman (Eds.), *Infants born at risk* (pp. 333-356). New York: Spectrum Books.
- Feldman, R. (2009). The development of regulatory functions from birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development*, 80, 544-561.
- Feldman, R. e Eidelman, A.I. (2007). Maternal Postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49, 290-302.
- Feldman, R. (2006). From biological rhythms to social rhythms: physiological precursors of mother-infant synchrony. *Developmental Psychiatry*, 42, 175-188.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, I. & Eidelman, A. I. (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.
- Fogel, A. (1992). Movement and communication in human infancy: The social dynamics of development. *Human Movement Science*: 11, 387-423.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A. & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1), e107-e114.
- Freitas, M., Segre, C., Borge, J., Glinav, S., Leone, C. e Siqueira, A. (2008). Crianças Nascidas após Emprego de Técnica de Fertilização Assistida. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18 (3), 218-228
- Freitas M., Siqueira AAF, Segre CAM. (2008). Avanços em Reprodução Assistida. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18 (1), 93-97.
- Fuertes, M. (2011). Estudo Exploratório sobre a classificação da vinculação atípica: desorganização ou adaptação? *PSYCHOLOGICA*, 52, 349-370.

- Fuertes, M., Faria, A., Soares, H. e Costa, A. O. (2010). Momentos de interação em que as emoções se Apre(e)ndem: Estudo exploratório sobre a prestação materna e infantil e jogo livre. *Psicologia USP, São Paulo*, 21 (4), 833-857.
- Fuertes, Marina (2012). Vários olhares sobre as diferenças na vinculação e contributos para a intervenção precoce. *Da Investigação às Práticas*, 2, 1, 23-50.
- Fuertes, M. (2010). Se não pergunta como sabe? Dúvidas dos pais sobre a educação de infância. In *4.º Encontro de Investigação e Formação – CIED*. Lisboa: Escola Superior de Educação de Lisboa/Instituto Politécnico de Lisboa.
- 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., Faria, A., Lopes dos Santos (2014). Pais e mães protegem, acarinham e brincam de formas diferentes. *Análise psicológica*, 4 (XXXII): 419-437, doi:10.14417/ap.698.
- Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2011). Predictors of infant positive, negative and self-direct coping during face to face still-face in Portuguese preterm sample. *Análise psicológica*, 4 (XXIX): 553-565.
- Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2006). More than maternal sensitivity shapes attachment: Infant coping and temperament. *Annals New York Academy of Science*, 1094, 292-296. doi:10.1196/annals.1376.037.
- Fuertes, M., Lopes-dos-Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2009a). 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., Faria, A., Soares, H., Oliveira-Costa, A., Corval, R., & Figueiredo, S. (2009b). Dois parceiros, uma só dança: Contributo do estudo da interação mãe-filho para a Intervenção Precoce. In G. Portugal (Ed.), *Ideias, projetos e inovação no mundo das infâncias – O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 127- 140). Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Fuertes, M. (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., Faria, A., Fink, N., & Barbosa, M., (2011). Associations among maternal representations at birth and attachment in Portuguese dyads with preterm and full term infants. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 79-86.
- Gable, S. & Isabella, R. A. (1992). Maternal contributions to infant regulation of arousal. *Infant Behavior and Development*, 15, 95-107.
- 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. Z. (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 parenting* (pp. 209-231). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Guralnick, J. M. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants young child*, 24(1), 6-28. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182002cfe
- Greene, J.G., Fox, N.A. & Lewis, M. (1983). The relationship between neonatal characteristics and three-month mother-infant interaction in high risk infants. *Child Development*, 54, 1286-1296.
- 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.

- Harmon, R.J. & Culp, A. M. (1981). The effect of premature birth on family functioning and early development. *In I. Berlin (Ed.), Children and our future (pp. 1-9). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.*
- Hugh-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Bogat, G. A. & von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child Development, 75(2)*, 480-496.
- Izard, C. E., Haynes, O. M., Chisholm, G., & Baak, K. (1991). Emotional determinants of infant-mother attachment. *Child Development, 62(5)*, 906-917.
- Jean, A. D. L. & Stack, D. M. (2012). Full-term and very-low-birth-weight preterm infants' self-regulating behaviors during a Still-Face interaction: Influences of maternal touch. *Infant Behavior and Development, 35*, 779-791.
- 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., Lehtonon, L. & Grp, P. S. (2009). Attachment representations in mother of preterm infants. *Infant Behavior & Development, 32 (3)*, 305-311.
- Korja, R., Maunu, J., Kirjavainen, J., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., et al. (2008). Mother-infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early Human Development, 84*, 257-267.
- Lasiuk, G., Comeau, T., & Newburn-Cook, C. (2013). Unexpected: an interpretative description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth, 13(suppl.1)*: 1-10.
- Madenn, S. (2000). *The Premie Parent's Companion – The Essential Guide to Caring for Your Premature Baby in the Hospital, at home, and Through the First Year. Massachusetts: The Harvard Common Press.*
- Murphy, D.J. (2007). Epidemiology and environmental factors in preterm labour. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Oct; 21 (5):773-89.*

- Medeiros, J. K. B., Znin, R. O. & Alves, K.S. (2009). Perfil do desenvolvimento motor do prematuro atendido pela fisioterapia. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 7, 367-372.
- Mianaei, S., Karahroudy, F., Rassouli, M. & Tafreshi (2014). The effect of Creating Oportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety and participation in NICU wards in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 94-100.
- 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.
- Montirosso, R., Borgatti, R., Trojan, S., Zanini, R. & Tronick, E. (2010). A comparison of dyadic interactions and coping with still-face in healthy pre-term and full-term. *British Journal of Developmental Psychology*. 28, 347-368.
- 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.
- Poehlmann, J., Hane, A., Burnson, C. Maleck, S. Hamburger, E. & Shah, E. (2012). Preterm infants who are prone to distress: differential effects of parenting on 36-months behavioral and cognitive outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1018-1025.
- Sameroff, A. & Fiese, B. (2000). Transactional regulation and early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. (pp. 135-160). Cambridge: Cambridge University Press.
- Seixas, I. (2015). *Contributos maternos para a auto-regulação do bebé na situação experimental Face-to-Face Still-Face*. Tese de Mestrado em Intervenção Precoce. Escola Superior de Educação de Lisboa. Instituto Politécnico de Lisboa. Lisboa.

- Sobral, F. (2016). Perspetiva psicológica da vivência de um nascimento pré-termo: ilustração com textos de pais de bebés pré-termo. *Diálogos acerca da prematuridade. Edições Aboendro. Évora.*
- Sokolowski, M. S., Hans, S. L., Bernstein, V. J. & Cox, S. M. (2007). Mothers' representations of their infants and parenting behavior: Associations with personal and social-contextual variables in a high-risk sample. *Infant Mental Health Journal*, 28, 3, 344-365.
- 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.
- Stern, M., & Hildebrandt, K. (1986). Prematurity stereotyping: Effects on mother-infant interaction. *Child Development*. 57, 308-315.
- Stevenson, M.B., Roach, M.A., Ver Haeve, J.N. & Leavitt, L.A. (1990). Rhythms in the dialogue of infant feeding: preterm and term infants. *Infant Behavior and Development*, 13, 51-70.
- Tideman, E., Nilsson, A. G. & Sternquists, T. (2002). Longitudinal follow-up of children born pre-term: the mother child relationship in a 19 year perspective. *Journal of Infant and Reproductive Psychology*, 20(1), 43-56.
- Treyvaud, K. (2013). Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: A review. *Seminars in fetal & neonatal medicine (XXX)*, 1-5. http://dx.doi.org/10.1016/j_siny_2013.10.008
- Treyvaud, K., Anderson, V.A., Lee, K.J., Woodward, L. J., Newnham, C., Inder, T.E. et al. (2010). Parental mental health and early social-emocional development of children born very preterm. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 768-777.
- Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and Children*. NY: Norton.

- Tronick, E. Z. & Weinberg, M. K. (1997). *Depressed mothers and infants: Failure to from dyadic states of consciousness*. In L. Murray & P.J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 54-81). New York: Guilford Press.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). Infants response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 1–13.
- Udry-Jorgensen, L., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Ansermet, F. & Muller-Nix, C. (2011). Quality of attachment, perinatal risk and mother-infant interaction in a high-risk premature sample. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 305-318. Doi: 10.1002/imhj.20298.
- van der Mark, I. L., van IJzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2002). Development of empathy in girls during the second year of life: Association with parenting, attachment, and temperament. *Social Development*, 11(4), 451-468.
- van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M. & Frenkel, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858.
- Wolf, M. Koldewijn, K., Beelen, A., Smith, B., Hedlund, R. & Groot, I. (2002). Neurobehavioral and developmental profile of very low birthweight preterm infants in early infancy. *Acta Paediatrica*, 91, 930-938.
- Wolke, D., Eryigit-Madzwamuse, S., & Gutbrod, T. (2014). Very preterm/very low birthweight infants' attachment: infant and maternal characteristics. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 2014; 99: 70-75. Doi: 10.1136/archdischild-2013-303788.
- Zarling, C.L., Hirsch, B.J. & Landry, S. (1988). Maternal social networks and mother-infant interactions in full term and very low birth weight preterm infant. *Child Development*, 59, 178-185.

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

Anexo 1

ANAMNESE

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

Código do bebé:

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

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

Morada: Código Postal:

MÃE

Idade: Escolaridade: Nacionalidade:

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

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

PAI

Idade: Escolaridade: Nacionalidade:

Estado Civil: Profissão:

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

Refugiada Sem estatuto legal

FAMÍLIA

A mãe vive com Conjuge: Familiares: Sozinha Instituição:

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

GRAVIDEZ e PARTO

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

Gravidez Gemelar: Fertilização medicamente assistida?

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

..... Hospitalizações/Internamentos: Medicação na gravidez:

.....

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

Tipo de anestesia Reanimação:.....

Medicação pós parto: mãe:..... bebé Reanimação bebé

APGAR/...../..... Peso Comprimento Perímetro cefálico:

Internamento na UCI (nº dias): Nutrição parentérica (nº dias): Nutrição p/ tubo naso gástrico:

Necessidade de ventilação:com infeção aguda/antibióticos:

HABITAÇÃO

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

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

Rotinas atuais

Contacta com outras crianças: Da mesma idade: Mais velhas: Contactará só com adultos:

Sono: Períodos em que dorme (nas 24h):.....

Acorda bem disposto Adormece com facilidade Rabugento Ensonado Irritado

Banho: Nº de vezes por semana: Horário preferido ::

Gosta da atividade : Chora durante o banho :

Mostra-se irritado ou rabugento: Mostra prazer

Alimentação

Tipo de alimentação:

Dificuldades na alimentação:

Horários da alimentação (em 24h) :

Comportamento/

A maior parte do tempo: Afável e cooperante: Distante e séria: Zangada com birras:

Choro

Choro frequente: Máximo de tempo seguido a chorar: Birras:

As características mais positivas do seu bebé

As características menos positivas do seu bebé

Há alguma coisa que o preocupe no seu filho

Informação sobre a situação de risco

Anexo 2

A entrevista materna (Fuentes, M. (2005).

GRAVIDEZ

1. *Recorda-se do momento em que soube que estava grávida? Como é que se sentiu?*
2. *Qual foi a reação do seu parceiro/marido? E da sua família?*
3. *Sentiu-se apoiada durante a gravidez (pelos amigos, parceiro, família)?*

EMOÇÕES NA GRAVIDEZ

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

REAÇÃO À PREMATURIDADE

7. *Qual foi a sua reação quando soube que o seu bebé ia nascer antes do tempo?*

RELAÇÃO COM O RECÉM-NASCIDO

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

CONHECIMENTOS DAS CAPACIDADES SENSORIO PERCEPTIVAS DO BEBÉ

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

FUTURO IMEDIATO

14. *Como será cuidar do seu filho(a) quando sair da maternidade (alimentar, limpar e dar mimos)?*