

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

Ana Rita Almeida

anaritasilva06@gmail.com

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação/CIED

Rute Casimiro

rutepatrocinio@gmail.com

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação/CIED

Joana Gonçalves

joanaglopes@gmail.com

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

Maria João Alves

ir_maria_joao@hotmail.com

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

Sandra Antunes

sandra.antunes@estimulopraxis.com

Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia

Camila Ribeiro

camilaribeiro@usp.br

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

Ana Teresa Teodoro

anathernandes@gmail.com

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

Margarida Santos

margarida.santos@estesl.ipl.pt

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Tecnologias da Saúde

Marina Furtés

marina@eselx.ipl.pt

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

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

Resumo

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

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

Estado de Arte

Representações maternas e vinculação

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

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

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

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

O bebê prematuro a desafiar a maternidade

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

O bebê muito ou extremamente prematuro (prematurríssimo) nasce

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

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

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

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

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

Representações das mães dos bebês prematuros

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

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

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

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

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

Métodos

Participantes

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

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

Relativamente ao género do bebé as três amostras são igualmente distribuídas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Procedimentos

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

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

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

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

Entrevista materna

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

Análise dos resultados.

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

Resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussão de resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quando questionadas sobre a sua reação à notícia da prematuridade, a grande maioria das mães dos bebés prematuros e prematuríssimos afirmou ter temido pela vida do seu bebé. Como referido na revisão da literatura, estas experiências traumáticas podem condicionar as representações da maternidade e desencadear comportamentos de excessiva proteção, sobre-estimulação e/ou intrusividade materna (Feldman & Eidelman, 2007; Field, 1979; Minde et al., 1985; Muller-Nix et al., 2004), numa verdadeira tentativa de compensar os processos de prematuridade. Estes dados vêm reforçar a necessidade de as práticas de intervenção precoce incluírem procedimentos específicos e profissionais treinados na área da vinculação.

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

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

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

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

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

Referências

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

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

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

Beckwith, L., & Cohen, S. E. (1978). Preterm birth: Hazardous obstetrical and postnatal events as related to caregiver-infant behavior. *Infant Behavior and Development*, *1*, 403-411. doi: 10.1016/S0163-6383(78)80051-4

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

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

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

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

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

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

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

Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P., & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child Development*, *72*, 252-270. doi: 10.1111/1467-8624.00277

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

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

Carter, J. D., Mulder, R. T., Bartram, A. F. & Darlow, B. A. (2004). Infants in Neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 90, 109-113. doi: 10.1016/s8756-5005(08)70117-3

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

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

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

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

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

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

Feldman, R. (2006). From biological rhythms to social rhythms: physiological precursors of mother-infant synchrony. *Developmental Psychiatry*, 42, 175-188. doi: 10.1037/0012-1649.42.1.175

Feldman, R. (2009). The development of regulatory functions from

birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development*, 80, 544-561. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01278.x

Feldman, R., & Eidelman, A.I. (2007). Maternal Postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49, 290-302. doi: 10.1016/s8756-5005(08)79275-8

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

Field, T. M. (1977). Effects of early separation, interactive deficits and experimental manipulations on infant-mother face-to-face interactions. *Child Development*, 48, 763-771. doi: 10.2307/1128325

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2006). More than maternal sensitivity shapes attachment: Infant coping and temperament. *Annals New York Academy of Science*, 1094, 292-296. doi:10.1196/annals.1376.037

Fuertes, M., Lopes-dos-Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2009). Infant coping and maternal interactive behavior predict attachment in a Portuguese sample of healthy preterm infants. *European Psychologist*, 4, 320-331. doi: 10.1027/10169040.14.4.320

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

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

Gallegos-Martinez, J., Reyes-Hernández, J., & Scochi, C. (2013). The hospitalized preterm newborn: the significance of parents' participation in the Neonatal Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1360-1366. doi: 10.1590/0104-1169.2970.2375

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164–173. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x

Korja, R., Maunu, J., Kirjavainen, J., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., et al. (2008). Mother-infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early Human Development*, 84, 257-267. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.06.006

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

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

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

Lindberg, B., & Ohrling, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 461-471. doi: 10.3402/ijch.v67i5.18353

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

Madenn, S. (2000). *The Premie Parent's Companion – The Essential Guide to Caring for Your Premature Baby in the Hospital, at home, and Through the First Year*. Massachusetts: The Harvard Common Press.

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

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

Mianaei, S., Karahroudy, F., Rassouli, M., & Tafreshi (2014). The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety and participation in NICU wards in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 94-100.

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

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

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

Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Juanin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79, 145-158. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Financiamento

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