



REPRESENTAÇÕES MATERNAS PÓS- PARTO EM DÍADES COM BEBÉS DE EXTREMO PRÉ-TERMO

Maria Alice dos Santos Domingos

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

Especialidade Intervenção Precoce

2019



REPRESENTAÇÕES MATEMÁTICAS PÓS-PARTO EM DÍADES COM BEBÉS DE EXTREMO PRÉ-TERMO

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

Especialidade Intervenção Precoce

Orientadora: Professora Doutora Marina Gonçalves Furtos Dionísio

Coorientadora: Professora Doutora Isabel de Lacerda Pizarro Madureira

2019

AGRADECIMENTOS

A vida é um constante desafio e foi a partir desta constatação que encarei mais um, longe de saber os obstáculos que iam surgir e, como os iria ultrapassar mas e apesar de pensar em desistir não o podia fazer porque muitos confiaram em mim e a palavra desistir também não faz parte da minha história.

Assim, ao concluir este trabalho, uma palavra ressoa no meu coração: gratidão! Gratidão por todos os que se cruzaram no meu percurso e que me levaram de mão dada, apoiando e incentivando, transformando o pequeno trilho numa estrada larga, ultrapassando todos os obstáculos que foram surgindo, fazendo por mim aquilo que jamais faria sozinha...

- À Professora Doutora Marina Fuentes, pela inspiração para iniciar, continuar e concluir este caminho. O seu testemunho, o seu conhecimento científico e a sua capacidade de o transmitir, a sua dedicação, compreensão e exigência, foram de facto essenciais e fundamentais;
- À Professora Isabel Madureira pela coorientação deste trabalho, pela sua disponibilidade na análise qualitativa das entrevistas e ajuda na descoberta da forma de dar voz às mães que participaram neste estudo;
- À Mestre Maria João Alves também pela coorientação deste trabalho e que por desígnios ininteligíveis colocou na minha vida, a sua disponibilidade, conhecimento, incentivo e persistência nas horas certas e as suas palavras inspiradas que permitiram a elaboração desta investigação.
- À minha colega de trabalho Rita Almeida que me desafiou a iniciar a viagem neste mestrado e que sempre esteve presente comigo, com as suas palavras amigas e motivação, e como ela diz foi sempre com alegria, e prazer acrescento eu, que partilhamos esta experiência.
- À Escola Superior de Educação de Lisboa em que incluo todos aqueles que me transmitiram todo o seu conhecimento e disponibilidade, permitindo sentir-me tão bem acolhida;
- Às mães que tão gentilmente participaram neste estudo, que partilharam as suas emoções mais pessoais neste marco tão significativo da sua vida;

- À minha família, que responde sempre quando necessito e que constitui sempre o meu porto de abrigo nas diferentes etapas da minha vida e, em particular, à Paula Francisco na fase final da elaboração deste trabalho;
- Aos meus pais que na sua humildade sempre valorizaram, incentivaram e apoiaram a minha formação;
- Ao meu companheiro de jornada pela sua compreensão em momentos especiais e por tudo aquilo que não é possível transmitir verbalmente.

ÍNDICE GERAL

Resumo	
Abstract	
Introdução.....	1
Estado de arte	3
O bebê “extremamente prematuro”	4
As representações maternas e a vinculação	8
Representações parentais e prematuridade	11
O impacto da extrema prematuridade na relação mãe - bebê	13
Presente estudo.....	15
Métodos	16
Participantes	16
Procedimentos	17
Análise dos dados	19
Resultados.....	22
Discussão dos resultados	47
Considerações finais	55
Limitações e sugestões para futuros estudos	57
Referências Bibliográficas	58
Anexos	76
Anexo 1	77
Anexo 2	79

LISTA DE ABREVIATURAS

IG - Idade Gestacional

FIV - Fertilização *in vitro*

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

NHRC - National Healthand Research Council

OMS - Organização Mundial de Saúde

PG - Peso Gestacional

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

FCT – Faculdade de Ciências e Tecnologia

OMS – Organização Mundial de Saúde

Índice de Tabelas

Tabela 1. Sentimentos da mãe à notícia da gravidez.....	23
Tabela 2. Percepção materna da reação do pai do bebé face à notícia da gravidez..	24
Tabela 3. Percepção materna da reação da família face à notícia da gravidez.....	25
Tabela 4. Percepção materna de apoio na gravidez.....	27
Tabela 5. Sentimentos maternos na gravidez: Aspectos físicos.....	28
Tabela 6. Sentimentos maternos na gravidez: Aspectos emocionais.....	30
Tabela 7. Sentimentos maternos face à notícia da prematuridade.....	31
Tabela 8. Primeiro momento em que a mãe sentiu o bebé.....	32
Tabela 9. Sentimentos maternos ao sentir o bebé.....	33
Tabela 10. Fantasias sobre o bebé durante a gravidez.....	34
Tabela 11. <i>Receios para o bebé durante a gravidez</i>	35
Tabela 12. Primeiro sentimento de amor pelo bebé.....	36
Tabela 13. O pegar/ tocar no bebé pela primeira vez.....	38
Tabela 14. A separação do bebé pela primeira vez.....	39
Tabela 15. Percepção materna da antecipação de sentimentos face à sua separação do bebé aquando da sua alta hospitalar.....	40
Tabela 16. Percepção materna sobre o temperamento do bebé.....	41
Tabela 17. Percepção materna sobre as capacidades sensório percetivas do bebé...	42
Tabela 18. Percepção materna relativamente ao seu desejo da alta do bebé.....	43
Tabela 19. Percepção materna relativamente ao cuidar do bebé em casa.....	44
Tabela 20. Percepção materna na antecipação das primeiras dificuldades em casa...	46

Representações maternas pós-parto em díades com bebês de extremo pré-termo

Resumo

A investigação indica que a prevalência de vinculação insegura é superior nas díades de pré-termo comparativamente a díades de termo. Entre outros fatores, as representações maternas pós-parto contribuem para a qualidade da vinculação.

Neste estudo, procurou-se analisar qualitativamente estas representações em díades com bebês de extremo pré-termo. A partir de uma entrevista semiestruturada, realizada nas primeiras 72 horas após o parto a 20 mães obteve-se um corpo de dados que foi submetido a análise qualitativa. Numa abordagem interpretativa, compreensiva e holística, foi captada a complexidade e singularidade do perfil dos sentimentos destas mães.

Os resultados indicam que as mães descrevem esta experiência como traumática. A notícia da necessidade de um parto prematuro, segundo o relato das mães, foi vivido com sentimentos de angústia, tristeza e pânico. Mesmo as mães que estavam sob vigilância devido ao risco de prematuridade, a notícia do parto constitui um choque. Pegar no bebê pela primeira vez é descrito como um momento muito intenso mas curto, marcado por sentimentos negativos de angústia e frustração uma vez que nesta situação as mães só podem tocar no seu bebê. A visão do seu bebê demasiado pequeno dentro da incubadora, altamente monitorizado e sujeito a cuidados invasivos, foi descrita pelas mães com sentimentos de dor e impotência. Esta experiência condiciona a primeira imagem do seu bebê e a caracterização do seu temperamento. As mães descrevem os primeiros dias da vida dos filhos com grande preocupação pela sobrevivência do bebê. A vida futura do bebê, os cuidados especiais que poderá necessitar bem como as exigências parentais são aspetos secundarizados nestes primeiros dias.

Os dados são discutidos à luz das práticas de intervenção precoce suportadas na evidência e na ação preventiva junto de pais de crianças extremamente prematuras.

Palavras-chave: *Prematuridade; Representações maternas; Intervenção Precoce*

Mother representations of childbirth in dyads of extremely preterm babies

Abstract

The prevalence of insecure attachment is superior in the premature dyads than on the on-term dyads. Several factors contribute to quality of attachment, among which the representations of mother representations after birth.

This study aimed to investigate maternal representations in dyads of extremely premature new-borns. Qualitative data collection was conducted via 20 semi-structured interviewed in the first 72 hours of birth. In a holistic, comprehensive and interpretive approach, the complexity and uniqueness of new-mothers feelings' pattern was harnessed.

Results show that new mothers describe the experience of giving birth as traumatic. As reported by mothers, the premature childbirth is marked by sentiments of anguish, sadness and panic. All mothers described an experience of trauma as they learn about the premature birth of their new-born. Holding the new-born for the first time is intense, despite brief, being largely engulfed by negative feelings of anguish and frustration, as mothers can only touch their babies. The scenario of the new-born, too small, inside the incubator, under intense monitoring and subject to invasive treatments evoked feelings of pain and powerlessness according to mothers' reports. This experience influences the first encounter with the baby and mothers representation of their new-born temperament. The first days of birth are lived with great anxiety, whereas the new mothers are highly concerned and focused on the survival of new-borns. Future care and parenting is not present concern.

The data collected can guide future practices of early intervention, supported on empirical evidence with parents of extremely premature new-borns.

Keywords: *Prematurity; Mother Representations; Early Intervention*

INTRODUÇÃO

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

Este projeto de investigação tem como objetivo estudar numa amostra de 90 bebês nascidos com idade gestacional (IG) inferior a 32 semanas a sua autorregulação comportamental e autonómica (através das respostas cardíacas), no Face to Face Still-Face, bem como a qualidade de interação mãe-filho(a) em jogo livre, aos 3 e aos 9 meses de idade. 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.

Nesta investigação, levanta-se a hipótese que a autorregulação e a qualidade da interação mãe-filho(a) contribuem independentemente para a qualidade da vinculação. Pretende ainda, estudar o efeito de fatores perinatais (e.g., peso, IG, Índice de 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 são avaliados durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) através do Perinatal Risk Inventory. O desenvolvimento infantil é avaliado aos 12 meses através da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (0-2 anos). O stress materno é avaliado aos 18 meses, através do Parenting Stress Index.

Esta dissertação surge da necessidade de estudar as representações maternas de bebês de extremo pré-termo, analisando qualitativamente as representações maternas acerca da gravidez, nascimento, maternidade e desenvolvimento dos filhos em díades com bebês de extremo pré-termo (IG inferior a 32 semanas).

Com este objetivo procedeu-se à realização de uma entrevista semiestruturada realizada nas primeiras 72 horas após o parto, a 20 mães de bebés de extremo pré-termo ou prematuríssimos.

Este estudo está organizado sob a forma de dissertação que, depois de discutido em provas públicas, deverá ser submetido a uma revista indexada a uma base de dados, e do qual fazem parte: resumo em português, e inglês, breve enquadramento teórico, objetivos do estudo, métodos utilizados, apresentação de resultados, análise e discussão dos resultados, considerações finais, limitações e sugestões para futuros estudos e referências bibliográficas.

ESTADO DE ARTE

Nos primeiros tempos de vida, e em cada segundo, toda a atividade e empenho do bebê tem como objetivo a organização e a descoberta da melhor oportunidade para transacionar sentimentos com quem lhe é mais significativo (Gomes-Pedro, 2017). No bebê nascido prematuramente estas competências, estando mais imaturas, causam um forte desafio à díade.

Num nascimento extremamente prematuro, o bebê nasce quando ainda está num período de grande e rápido desenvolvimento e maturação (Green, Darbyshire, Adams & Jackson, 2015). Decorrente destas circunstâncias, este bebê é referenciado como um bebê de risco, quer pela sua imaturidade cerebral, quer pela falta de maturação de todos os seus órgãos e sistemas. A partir das 25 semanas de gestação, o bebê já tem estruturas sensoriais para reconhecer cheiros (olfato) e sabores (paladar), os seus sistemas vestibular e auditivo estão formados (podendo ouvir), sendo que o sistema visual apesar de formado não consegue ainda proporcionar-lhe a visão. Quanto mais prematuro for o bebê, mais baixos são os seus limiares de excitação e maior é a latência das suas respostas face aos estímulos (Buil, 2011).

O bebê extremamente prematuro está numa situação de extrema vulnerabilidade pois vive uma rutura com o contínuo biológico normal, privado de um tempo de aprendizagem sensorial pré-natal, e sujeito nos primeiros momentos da sua vida a estímulos atípicos para os quais não estava preparado. Vive num ambiente hostil, como é o mundo hospitalar, sujeito a procedimentos dolorosos, privação de sono, desconforto e stress devidos aos cuidados de higiene e saúde que são imprescindíveis mesmo não sendo dolorosos (e.g., mudança de fralda, aspiração da cavidade oral, mudança de posição) (Lickliter, 2000).

Com o nascimento, todas as mães vivem um confronto entre o bebê imaginado e o bebê real. Nesta altura, as representações pré-natais estão abertas a mudanças, resultantes da real interação com o bebê e da necessidade de lhe prestar cuidados, levando à adaptação das expectativas das mães aos seus bebês (Stern, Bruschiweiller-Stern, & Freeland, 1998; Fava-Vizziello, Antonioli, Cocci & Invernizzi, 1993) assim como a oportunidade de formar novas e mais precisas representações do seu recém-nascido “real”

(Benoit, Parker, & Zeanah, 1997). Para as mães de bebês extremamente prematuros a disparidade entre o bebê imaginado e o bebê real é muito mais acentuada, e este período de reformulação das representações mentais e adaptação é de crucial importância.

O baixo peso gestacional (PG) (PG inferior a 1500 gr), a baixa IG (IG inferior a 32 semanas), o estarem sujeitos a cuidados desconfortáveis e dolorosos, num ambiente “artificial” que a incubadora constitui, são fatores que afetam a autorregulação do bebê, são condições que potenciam a ansiedade dos pais e, conseqüentemente, a relação mãe-filho(a) (Antunes, et al., 2016). Perante a prematuridade, num processo de afetação mútua e transacional, as díades pais-bebês podem apresentar maior dificuldade de interação e de envolvimento bem como maior dificuldade de autorregulação (Sameroff & Fiese, 2000).

Atualmente, com o avanço da medicina e os sucessivos progressos científicos e tecnológicos a ela associados, que permitem uma melhoria dos cuidados de saúde perinatais, há uma diminuição significativa da taxa de mortalidade associada à prematuridade (Saigal & Doyle, 2008; Dall’Oglio, et al., 2010).

O presente estudo apresenta como objetivo principal conhecer as representações maternas relativamente ao desenrolar da gravidez, ao nascimento extremamente prematuro, à maternidade e ao seu filho extremamente prematuro.

O bebê “extremamente prematuro”

O bebê prematuro é o bebê que nasce com menos de 37 semanas de gestação. Contudo existem dois parâmetros para tipificar a prematuridade: o tempo de gestação e o peso ao nascer.

Quando consideramos o número de semanas completas de gestação, consideram-se bebês prematuros moderados a tardios os bebês nascidos entre as 32 e as 37 semanas, bebês muito prematuros os bebês nascidos entre as 28 e as 32 semanas e bebês extremamente prematuros aqueles que nascem antes das 28 semanas de gestação (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016).

Quanto ao peso no nascimento surge a classificação de bebê com baixo peso se tem entre as 1500 gr e as 2500 gr, bebê com muito baixo peso se tem entre as 1000 gr e

as 1500 gr, e extremo baixo peso se nasce com menos de 1000 gr (National Healthand Research Council [NHRC], 2000).

As causas do parto prematuro são várias e para ele contribuem inúmeros fatores que interagem entre si, ou ainda fatores independentes (Murphy, 2007), entre os quais: fatores epidemiológicos (fatores maternos, paternos e fetais), ambientais (socio económicos, psicossociais, stress, nutrição e poluição), genéticos e epigenéticos (Murphy, 2007). Dentro dos fatores mais comuns encontram-se: a Fertilização *in vitro* (FIV) que condiciona um maior número de gravidezes gemelares, as características de gestações anteriores, as intercorrências maternas durante a gestação (as patologias uterinas, as infeções, as condições crónicas como a diabetes e a pressão arterial elevada, o posicionamento da placenta), as características individuais da mulher, as características socioeconómicas, o estilo de vida (consumo de álcool/ drogas, má nutrição), as influências genéticas, e ainda o avanço da tecnologia médica que permite a assistência à grávida durante o período pré-natal, parto e acompanhamento do bebé no período neonatal, (e.g.: Melo, Oliveira & Mathias, 2015; Sansavini, et al., 2014, OMS, 2016). Existem, no entanto, nascimentos prematuros sem etiologia conhecida, o que permite levantar a hipótese de que, em algumas instâncias, fatores psicológicos não identificados e associados possam estar envolvidos (Fuertes, Justo, Barbosa, Leopoldo, et al., 2012).

A etapa compreendida entre as 20 e as 32 semanas de gestação caracteriza-se por um rápido crescimento e desenvolvimento cerebral (Cunha, Cadete, & Virella, 2010). O recurso à neuroimagem permite observar que nos bebés extremamente prematuros existem alterações cerebrais estruturais, como a diminuição do volume cerebral global do córtex, do cerebelo, e ainda alterações da mielinização (Allin, et al., 2004; Rathbone, et al., 2011).

Em consequência da precocidade no contacto com o mundo exterior, o bebé prematuro pode ainda enfrentar muitas dificuldades, sendo múltiplos os fatores que têm impacto no seu desenvolvimento. Assim, o recém-nascido prematuro pode enfrentar alterações de maturação inadequada dos mecanismos enzimáticos, respiratórios, renais, metabólicos, hematológicos e imunológicos. (Madenn, 2000). Na literatura são ainda descritas 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 (Medeiros, Zanin & Alves, 2009).

As sequelas mais frequentes da prematuridade são a paralisia cerebral, o déficit cognitivo e alterações neurossensoriais moderadas a graves (Saigal & Doyle, 2008; Colvin, McGuire & Fowlie, 2004). Na idade escolar, existe uma maior prevalência de perturbações da linguagem, dificuldades de aprendizagem, perturbação de hiperatividade e déficit de atenção e outras alterações do comportamento (Saigal & Doyle, 2008; Lindstrom, Lindblad & Hjern, 2011; Barre, Morgan, Doyle & Andreson, 2011). Estas perturbações parecem permanecer na adolescência e idade adulta (Saigal & Doyle, 2008).

Vários estudos têm apontado para a descrição do bebé prematuro como sendo facilmente excitáveis e mais irritáveis (Als, 1983; Feldman, 2009; Korja, et al., 2009; Treyvaud et al., 2010; Wolf, et al., 2007), menos organizados e menos alerta (Beckwith & Cohen, 1978; Di Vitto & Goldberg, 1979; Field, 1979; Stevenson, Roach, Ver Haeve & Leavitt, 1990), menos envolvidos nas relações sociais e exibindo menos afeto positivo (Field, 1979; Harmon & Culp, 1981) quando comparados com bebés de termo. Estes bebés revelam uma menor capacidade de regulação emocional (Als, 1983; Feldman & Eidelman 2007; Korja et al., 2009; Treyvaud et al., 2010; Wolf et al., 2007). No mesmo sentido, outros estudos indicam que os bebés prematuros são mais imaturos comparativamente com bebés de termo na capacidade de se autoacalmar e na regulação de stress (Als, 1983; Eckerman, Hsu, Molitor, Leung & Goldstein, 1999; Feldman, 2007; Wolf et al., 2007). Na pesquisa acerca das competências de autorregulação dos prematuros comparativamente com os bebés de termo, Montirosso, Borgatti, Trojan, Zanini e Tronick (2010) confirmaram que os bebés prematuros dependem de mais estratégias de regulação externa (e.g., a mãe ou o cuidador), como forma de compensar a suas próprias estratégias imaturas ou inadequadas.

A permanência, mais ou menos longa, em incubadoras e ambientes artificiais das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) conduzem a uma privação da relação e da vinculação e conseqüentemente a uma limitação das primeiras experiências sensoriais com o meio, contribuindo para dificuldades da autorregulação, muitas vezes associadas com dificuldades no processamento sensorial (Williamson & Anzalone, 2001, citado por Schaft & Roley, 2006). As alterações descritas no processamento sensorial,

encontram-se com maior prevalência nos domínios: Procura Sensorial, Evitamento Sensorial, Processamento Oral, Processamento Visual, Processamento Tátil, Processamento vestibular e Baixo Limiar que influencia a forma como estes bebés interagem com o meio, sendo que a IG não influencia esse perfil (Silva, 2013).

O comportamento individual de cada bebé é também um fator relevante e essencial para o processo de relação mãe-bebé, especificamente, para a capacidade e tipo de autorregulação (Braungart-Rieker, Garwood, Powers & Wang, 2001; Goldsmith & Alansky, 1987).

Nestes bebés, as dificuldades têm menor probabilidade de existirem quanto maior for a IG do bebé, mas também quanto menor for o número de fatores de risco associados ao bebé (e.g., ser saudável, exibir menos choro) e à família (e.g., fatores socioeconómicos, saúde mental dos pais, estruturas de apoio à família) (Antunes et al, 2016).

Para além dos fatores de stress ligados diretamente ao bebé, existem estudos que mostram que devem ser considerados outros, nomeadamente: a privação das interações precoces mãe-bebé e o efeito da incubadora, com toda a sofisticada tecnologia de suporte de vida ao qual o bebé está ligado (Stern et al., 1998; Misund, Nerdrum, & Diseth 2014; Mianaei, Karahroudy, Rassouli & Tafreshi (2014); Gallegos- Martinez, Reyes-Hernández & Scochi, 2013; Lasiuk, Comeau & Newburn-Cook, 2013).

A representação que os pais têm sobre o bebé prematuro pode influenciar o seu comportamento, verificando-se que os pais tendem a considerar o bebé prematuro mais vulnerável e necessitando de mais cuidados e proteção (e.g., Santos, Oliveira, Santana, Oliveira, & Goes, 2013).

Estudos que avaliaram as interações diádicas até aos 12 meses, demonstram que os bebés prematuros são descritos como mais passivos, menos atentos e demonstrando pouco afeto positivo e menos expressão facial durante as interações mãe-bebé (e.g., Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2006; Udry-Jorgensen et al., 2011).

Atualmente, graças à grande evolução no domínio clínico e tecnológico e, dos serviços terapêuticos ligados ao desenvolvimento do bebé, muitos dos bebés prematuros sobrevivem e sem graves sequelas, apresentando um desenvolvimento adequado com boa qualidade de vida e saúde. O aleitamento materno, a boa evolução do estatuto ponderal e

do perímetro cefálico, o nível sociocultural superior associados ao ambiente familiar favorável exercem um efeito protetor no neuro desenvolvimento destas crianças (Lindstrom et al, 2011; Belfort, Rifas-Shiman, Sullivan, Collins, McPhee, Ryan, Kleinman, Gillman, Gibson & Makrides, 2011).

As representações maternas e vinculação

As representações maternas e particularmente o seu conteúdo, vão sendo estruturadas ao longo da gravidez. É durante este período que ocorre um maior desenvolvimento destas representações e é nesta fase que existe a conclusão do processo de separação-individuação em relação à própria mãe, adquirindo a mulher a sua identidade materna (Pines 1972, 1982, 1988). Ao longo da gravidez existe uma forma muito definida da representação do Eu, como mulher e da mãe como mãe, existindo ao mesmo tempo o início da individuação da criança a um nível intrapsíquico.

As representações maternas construídas na gravidez são fundamentalmente descritas em três etapas (por trimestres). No primeiro trimestre de gravidez, as mulheres vivem concentradas nas alterações do seu corpo e nas suas emoções, dificilmente imaginam o bebé sendo descrito pelas mulheres um sentimento de irrealidade. Neste período, apenas 30% das mulheres consideraram o feto uma pessoa. Esta perceção vai aumentando com o decorrer da gravidez. Durante o segundo trimestre, 63% consideraram o feto uma pessoa e, na 36ª semana, 92% o fizeram (Lumley 1982). A presença do bebé e os movimentos fetais proporcionam uma celeridade dos processos representacionais (Ammaniti et al., 1992).

As perceções maternas da personalidade do bebé durante a gravidez, contudo, são estáveis, sendo moderadamente preditivas 4 a 6 meses depois do nascimento (Zeanah, & Barton. (1989); Zeanah, Keener, Stewart, & Anders, (1985). Estes resultados foram posteriormente corroborados por Mebert e Kalinowsky, (1986) que obtiveram esta mesma estabilidade na gravidez até o terceiro mês após o nascimento.

Em síntese, para a maior parte das mães, é no último trimestre de gravidez que desenvolve uma representação clara e rica do seu bebé, (Ammaniti, et al., 1992; Stern, et al., 1998).

O processo de vinculação inicia-se assim num processo biológico ainda durante a gravidez, a partir das representações que as mães fazem dos seus bebés, como o idealizam e o modo como se preparam para a maternidade. Os pais imaginam um bebé saudável, organizam-se a nível pessoal e familiar, e preparam o contexto físico envolvente para o seu nascimento (Stern, Bruschweiler-Stern & Freeland, 2000).

As experiências de vinculação iniciadas desde os primeiros meses de vida parecem exercer um papel crítico na constituição dos esquemas que regulam o funcionamento interpessoal dos indivíduos, contribuindo assim para determinar os processos para a construção da personalidade (Lopes dos Santos, & Fuertes, 2005). Esta representação é baseada e influenciada quer pela ligação precoce que estabelecem com o bebé quer pela sua interpretação sobre os ciclos e padrões organizados dos movimentos e níveis da atividade fetal (Brazelton & Cramer, 1990; Korja, et al., 2009). Estas representações, geradas durante o período perinatal, preparam as mães para os cuidados maternos e parecem afetar a relação mãe-bebé (e.g., Brazelton & Cramer, 1990; Benoit, Parker & Zeanah, 1997; Zeanah, Benoit, Hirshberg, Barton, & Regan, 1994), indicando um alto valor preditivo para os padrões de vinculação (Fonagy, Steele & Steele, 1991).

Existem vários estudos que analisaram a origem destas representações, a sua natureza e as implicações no desenvolvimento e no estabelecimento da relação de vinculação das mães com os seus bebés (Zeanah, Benoit, Hirshberg, Barton & Regan, 1994; Benoit, et al., 1997; Van der Mark, Van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2002; Hugh-Bocks, Levendosky, Bogat & von Eye, 2004; Sokolowski, Hans, Bernstein & Cox, 2007). As representações maternas da própria experiência de infância estão associadas à qualidade do relacionamento existente entre a mãe e o seu bebé (Grossmann, Fremmer-Bombik, Rudolph & Grossmann, 1988; Ricks, 1985). Esta noção de concordância intergeracional nos padrões de relacionamento foi estudada por vários autores: Bowlby, 1969, 1982; Emde, 1988; Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975; Freud, 1940/1964 & Liddle, 1983 (citado por Fonagy, Steele & Steele, 1991). No entanto, este valor preditivo parece residir não na qualidade de experiências passadas mas na posterior organização das estruturas mentais subjacentes às relações interpessoais e vinculação (Fonagy, Steele & Steele, 1991). Curiosamente, as características de si mesmas como mães, apresentam diferenças significativas quando comparadas às características

atribuídas pela mulher à sua própria mãe. Este facto é atribuído à provável necessidade que a mãe sentia de se distanciar emocionalmente de sua própria mãe, na tentativa de imaginar seu próprio papel de mãe, atribuindo-se melhores capacidades maternas, idealizando suas próprias características e habilidades parentais. Se a gravidez, por um lado, implica fantasias de um retorno à unidade primária, também implica uma tendência para a mulher se diferenciar de sua própria mãe (Fonagy, Steele & Steele, 1991).

Bowlby (1963, 1982) ao desenvolver a sua teoria de vinculação, refere que existe uma transmissão social de padrões de relação ao longo das gerações, uma vez que os padrões de vinculação são interiorizados muito precocemente. Na verdade, os bebés avaliam e constroem expectativas com base nas suas experiências relacionais. Estas representações internas dos bebés podem ser modificadas pelas experiências diárias, não obstante, elas caracterizam-se por serem resistentes à mudança. Os padrões de vinculação continuam a influenciar as relações na infância, ao longo da vida e transmitem-se na geração seguinte. Este modelo da teoria da vinculação da concordância intergeracional prediz que existe uma associação entre uma avaliação pré-natal das representações maternas de relacionamentos e a subsequente qualidade da vinculação mãe-bebé (Fonagy, Steele & Steele, 1991).

As representações maternas estão ainda associadas a fantasias, medos, sonhos, expectativas dos seus modelos de pais, bem como os desejos para o futuro do bebé. Incluem-se também as experiências da mãe nas interações atuais com o bebé (Stern et al, 1998).

Alguns autores sugerem que ao afetar as interações precoces, as representações podem repercutir-se na construção inicial da organização psíquica da criança, contribuindo, assim, para a sua resiliência ou para a instalação de um processo patológico, observado no relacionamento triádico mãe-pai-bebé e/ou na formação de sintomas psicofuncionais no bebé (Guedeney & Lebovici, 1999; Pinto, 2004).

A relação entre pais e filhos começa assim durante a gravidez através de mecanismos fisiológicos, bem como das representações parentais, sendo influenciada por múltiplos fatores, incluindo os comportamentos interativos dos pais, e ainda de variáveis contextuais (e.g., culturais, socio-ambientais) que atuam sobre a experiência relacional.

Representações parentais e prematuridade

No nascimento prematuro, o projeto realizado para acolher o bebê idealizado revela-se difícil, o que vai contribuir para a diminuição das capacidades de prontidão e ação, particularmente da mãe que sente não ter conseguido conceber o bebê perfeito com que sonhou. O confronto com a realidade da existência de um bebê “diferente” e a perda do bebê idealizado é difícil, doloroso e lento, sendo habitual ocorrer uma mistura de sentimentos e mecanismos de defesa individuais que permitem afastar sentimentos de depressão, culpa e baixa autoestima. Esta discrepância sentida pela mãe leva à necessidade de um processo de luto relativamente ao bebê idealizado e ao enamoramento para com o bebê real (Antunes, et al., 2016). Desta forma, não se pode acelerar o investimento neste bebê real. É necessário tempo para que a mãe (ou pai) pense, sinta, reflita e fale do seu desapontamento, da sensação de falha e de impotência, ocorrendo frequentemente uma mistura de sentimentos e de mecanismos de defesa individuais que possibilitam o afastar de sentimentos depressivos, culpa e falta de autoestima (Antunes, et al., 2016).

Brazelton (1992) descreve as “fases” que os pais deverão transpor à medida que se vinculam a um bebê pré-termo: inicialmente, têm de lutar contra uma “reação de luto”, sendo este trabalho de luto inevitável após o nascimento prematuro. Os pais, não só sofrem pela perda do bebê perfeito que antecipavam, como também choram os defeitos do bebê que geraram, culpabilizando-se quer conscientemente quer inconscientemente. Para ultrapassar estes sentimentos é necessário tempo e um árduo trabalho pessoal. Para Brazelton (1992), a visualização do bebê ajuda os pais na realização deste trabalho que requer tempo. A passagem pelas diferentes fases de luto que os pais atravessam, permite encarar o bebê como seu, confiando em si próprios para lidarem e se relacionarem com ele. Este autor, considera absurdo esperar que os pais se vinculem a um bebê sem passar por estas fases, considerando poder ser destrutivo pressionar em demasia ou demasiado depressa porque desta forma tentarão corresponder às expectativas com o objetivo de se justificarem. Os pais estarão preparados se tiverem tido tempo e apoio para fazer este “trabalho de luto”.

O bebê prematuro ao lutar para manter ritmos fisiológicos estáveis, para se autorregular e para organizar as respostas dentro de configurações afetivas coerentes,

afeta a sincronia durante as interações normais com os pais (Malatesta, Culver, Tesman & Shepard, 1989).

As características do bebé prematuro, nomeadamente a tendência para mais facilmente entrar em stress, (mesmo com níveis de estimulação baixos), desencadeiam muitas vezes respostas afetivas/emocionais negativas. Igualmente, a sua expressão facial pobre e a dificuldade em tolerar mudanças no comportamento afetivo, associada à dificuldade em manter a atenção e o seu olhar social menos frequente e mais intermitente, podem desencadear respostas afetivas/emocionais negativas (Eckerman, Hsu, Molitor, Leung & Goldstein, 1999; Harel Oppenheim, Tirosh & Gini, 1999) Na verdade, estas características afetam a capacidade dos pais lerem e responderem às pistas sociais do seu bebé. A prematuridade vai condicionar o desenvolvimento do bebé e a sua capacidade no estabelecimento de relação, bem como o seu comportamento interativo com os pais (Fuertes, Faria, Fink, & Barbosa 2011).

Não obstante, alguns estudos enfatizam que os pais quando são mais ativos, emocionalmente envolvidos e capazes de apoiar o desenvolvimento cognitivo e sócio afetivo do bebé, podem compensar as dificuldades do bebé prematuro, (e.g., Greenberg 2005; Singer et al., 2003). Muitos pais de bebés prematuros estabelecem interações positivas e prestam cuidados excelentes aos seus filhos (um reduzido grupo é negligente e abusivo). Os pais tendem a reajustar-se às novas condições, mesmo com as dificuldades descritas anteriormente, e a apoiar-se mutuamente para as ultrapassar. (revisão em Fuertes, et al., 2012).

Verifica-se, porém, a existência de uma maior prevalência de vinculação insegura no parto prematuro quando as amostras são caracterizadas por fatores de risco adicionais, tais como: baixo nível socioeconómico (Wille, 1991), baixa escolaridade materna (Pederson & Moran, 1996), problemas de saúde do bebé (Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick, & Roloff, 1986) ou depressão materna (Poehlmann & Fiese, 2001).

Nas situações em que os primeiros contactos após o parto não são possíveis, os pais tendem a lidar com sentimentos de fracasso. Contudo, estes não devem ser vistos numa perspetiva de causa-efeito, dado que as relações são co-construídas ao longo dos primeiros anos de vida (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, 2005).

O impacto da extrema prematuridade na relação mãe-bebé

O nascimento de um filho é, em si mesmo, uma fase desafiante para qualquer mãe, devido ao nascimento de novos papéis (Mercer & Ferketich, 1995) e às consequentes mudanças intra e intersistémicas que lhe subjazem (Moura-Ramos & Canavarro, 2007). No caso da experiência de um parto prematuro, o período de gravidez é interrompido antes de ser concluído, ocorrendo o parto quando a mãe ainda não se encontra preparada e tem que cuidar de um bebé frágil cuja sobrevivência está em risco (Stern, et al., 1998). Este acontecimento acaba por desencadear nestas mães maior stress psicológico (Bener, 2013), mais sentimentos depressivos (Morawski Mew, Holditch-Davis, Belyea, Shandor, & Fishel, 2003) e de ansiedade do que nas mães de bebés de termo (Gennaro, 1988). A ansiedade está relacionada com o estado de saúde e com a incerteza da sobrevivência do bebé, acrescendo ainda o facto de na maioria dos casos mãe e bebé serem separados no pós-parto de forma imediata (Teixeira & Leal, 1995).

O facto do bebé prematuro vir a necessitar de cuidados nas UCIN revela-se um acontecimento traumático para os pais (Affleck & Tennen 1991) e desafia a relação emergente entre pais e filhos (Muller-Nix et al., 2004). Esta experiência vivida pelos pais é geralmente acompanhada por sentimentos de desamparo e falta de controlo sobre a saúde do bebé e da sua sobrevivência (Olshtain-Mann & Auslander, 2008). No seu estudo Miles e colegas (1993) referem que os pais classificaram a imagem e os sons da UCIN como sendo excessivamente stressantes. Paralelamente os pais também consideraram que o comportamento e aspeto do bebé (consistente com a doença e vulnerabilidade dos bebés) era um facto que lhes provocava ansiedade.

Klaus e Kennell (1976), num estudo do impacto da prematuridade na relação mãe-bebé consideram que um dos aspetos a considerar é o *bonding*, definido como uma ligação única, específica e duradoura formada entre a figura materna e o bebé. Esta ligação, facilitada pelo sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebé, tem início nos primeiros contactos entre a figura materna e recém-nascido, tendo a investigação demonstrado que o contacto físico mãe-bebé após o parto tende a favorecer o *bonding* materno, potencializando, posteriormente, interações mais positivas na díade (Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2009). Atualmente, a literatura é relativamente consensual no que diz respeito ao facto do *bonding* ser um processo gradual e interativo que aumenta no

decorrer do primeiro ano de vida, podendo não ocorrer no primeiro contacto mãe-bebé (Figueiredo et al., 2009).

Assim, o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido parece ser beneficiado nas situações em que a proximidade e o contacto direto são promovidos durante os primeiros dias após o nascimento, contribuindo desta forma para a criação de uma interação ajustada que direciona e potencia o desenvolvimento adequado da criança (Rand & Lahav, 2014).

PRESENTE ESTUDO

Na esteira dos estudos anteriores sobre as representações maternas em díades com bebês de pré-termo, pretendeu-se neste estudo analisar qualitativamente as representações maternas acerca da gravidez, nascimento, maternidade e desenvolvimento dos filhos em díades com bebês de extremo pré-termo (IG inferior a 32 semanas). Para o efeito, foi realizada uma entrevista às mães, nas primeiras 72 horas após o parto, utilizando a Entrevista Materna (ver Anexo 2) construída e testada para as amostras anteriormente estudadas de díades de bebês de termo e pré-termo (Fuentes, 2005).

No presente estudo, estabeleceram-se como objetivos principais analisar qualitativamente cada entrevista materna e investigar a possibilidade de um perfil das representações maternas em díades com bebês de extremo pré-termo.

Foram ainda estabelecidos como objetivos específicos analisar as respostas maternas relativamente:

- ao desejo da gravidez e a reação materna à notícia da gravidez, os sentimentos, receios e expectativas que acompanharam o processo da gestação, bem como a perceção da qualidade do suporte (do parceiro/marido, amigos e família) neste período, conhecer as emoções na gravidez, nomeadamente as primeiras reações e sentimentos de ligação ao bebé assim como os receios em relação ao bebé;
- à notícia da iminência do parto e a sua reação à prematuridade;
- a sua relação com o recém-nascido designadamente as primeiras reações e sentimentos de ligação ao bebé, e conhecer as expectativas e conhecimentos da mãe relativamente ao temperamento e às competências sensório-percetivas do seu bebé;
- às expectativas maternas após a alta do bebé da UCIN, particularmente quanto à prestação dos cuidados maternos e à possibilidade de necessidade de cuidados diferenciados.

MÉTODOS

Participantes

Para o presente estudo foi constituída uma amostra de 20 díades, mães e os seus bebés, nascidos de extremo pré-termo (IG 32 semanas), que se encontravam internados na UCIN do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), no Concelho de Lisboa. O recrutamento dos participantes neste estudo ocorreu entre junho 2016 e março 2017. Para evitar a existência de fatores de risco biológico ou ambiental, foram definidos os seguintes critérios de inclusão da amostra: a) IG inferior a 32 semanas; b) não existência de malformações congénitas ou doenças genéticas; c) inexistência de psicopatologia ou comportamentos aditivos (e.g. álcool ou drogas) nos pais.

Com o objetivo do levantamento dos dados demográficos consultou-se a da ficha de anamnese (ver Anexo 1) elaborada e preenchida para o efeito junto das famílias bem como pelos dados disponibilizadas pelo Serviço de Neonatologia do HSFX. Esta ficha de anamnese proporcionou a recolha dos dados pessoais da mãe e do pai; agregado familiar; condições da habitação; informação pré-natal, perinatal e pós-natal (número de gestações anteriores; número de partos; acompanhamento médico; tipo de parto; intercorrências no parto; situação clínica do bebé no momento do parto; duração do internamento; cuidados especiais).

Assim e de acordo com os dados demográficos recolhidos, a amostra é constituída por um grupo de 20 mães, cuja idade estava compreendida entre os 21 e os 40 anos ($M=32.90$; $DP=4.822$). A maioria das mães era de nacionalidade portuguesa 14 (70%) e 10 (30%) de outras nacionalidades. O nível de escolaridade varia entre os 9 anos e os 17 anos ($M=11.80$; $DP=2.331$). Quanto à situação laboral da mãe registou-se: 13 apresentavam uma situação laboral estável, 3 não estavam empregadas, 2 usufruíam de baixa, 1 possuía um vínculo liberal e 1 frequentava formação profissional.

No que diz respeito aos pais, estes são mais velhos do que as mães, a sua idade situava-se entre os 27 e os 55 anos ($M=36.21$; $DP= 7.036$). Apesar das habilitações literárias (número de anos de escolaridade) serem menores do que o das mães (4 anos), e o máximo ser também inferior (15), os resultados médios não revelam grande disparidade quando comparado ($M= 10.89$; $DP= 3,089$).

Importa ainda referir que 2 pais não coabitavam com mãe do bebé à data do nascimento.

Relativamente aos bebés, existe uma maior percentagem de bebés prematuríssimos do género feminino (55%) do que masculino (45%) o que corresponde a 11 meninas e 9 meninos. A IG está compreendida entre a idade mínima de 23 semanas e 5 dias e o máximo de 31 semanas e 6 dias ($M=28.57$; $DP=2.457$). O peso à nascença destes bebés, era baixo, encontrando-se entre o peso mínimo de 625 g e o máximo de 2135g ($M=1135.55g$; $DP=366.972$). Os índices de APGAR ao 1º e 5º minuto eram também baixos, variando entre 1 e 9 ($M=6.0$; $DP=2.728$) e 2 e 10 ($M=7.95$; $DP=1.715$) respetivamente. Estes bebés tiveram um elevado número de dias internados, o tempo de internamento variou entre o mínimo de 7 dias e o máximo de 205 dias ($M=68.08$; $DP=50.507$).

As principais causas da prematuridade foram a rutura da membrana hialiana (7 casos), descolamento da placenta e atraso de crescimento intrauterino (4 casos cada). Em menor número ocorreram casos de ameaça de parto prematuro (dois casos de dilatação e dois de contratibilidade) e 1 caso de leitura de cardiotocografia (CTG) alterado, com indicações de risco.

Registou-se ainda que 3 mães apresentavam um historial de abortos espontâneos e 7 partos resultaram de FIV.

Procedimentos

De forma a viabilizar o presente estudo, este foi aprovado pelo Conselho de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, e está a ser realizado em colaboração com a Equipa de Medicina e a Equipa de Enfermagem do Serviço de Neonatologia do HSFX, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto e a Escola Superior de Educação de Lisboa.

Para a participação neste estudo, numa primeira fase e com a colaboração da equipa médica do Serviço de Neonatologia do HSFX, procedeu-se ao rastreio de potenciais participantes no estudo, baseado nos critérios que filtravam a inclusão das mães e dos bebés na investigação.

Posteriormente, realizou-se um primeiro contacto com a família, por uma investigadora para a apresentação do projeto de investigação (propósitos e procedimentos) convidando esta para a sua participação, tendo sido proporcionado nesta fase um tempo de reflexão para a sua decisão.

Deste modo, foi assegurado que a participação no estudo era voluntária, confidencial, possuindo sempre a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo para as famílias.

As mães participantes aceitaram assim colaborar no estudo de acordo com as regras do consentimento livre e informado da Associação Americana de Psicologia.

Os dados qualitativos relativos às representações maternas foram obtidos através da análise de conteúdo da *Entrevista Materna* (Fuentes, 2005), semidiretiva, previamente desenvolvida e testada em amostras de bebés de termo e pré termo, realizada até às 72 horas após o parto por se considerar ser a mais indicada para responder aos objetivos propostos.

Esta entrevista, seguindo os procedimentos de um protocolo previamente estabelecido, tinha como objetivo principal explorar as representações maternas relativamente ao desenrolar da gravidez, ao nascimento prematuro, à maternidade e ao seu filho prematuro.

Foram ainda delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a reação materna à notícia da gravidez;
- Identificar a presença de desejo da gravidez;
- Pesquisar informação acerca dos sentimentos, receios e expectativas que acompanharam o período da gestação;
- Perceber qual a qualidade de apoio sentida pela mãe dado pelo parceiro amigos e família durante a gravidez;
- Conhecer a reação materna à notícia da prematuridade do parto;
- Investigar as primeiras reações e sentimentos de ligação ao bebé;
- Indagar as expectativas e conhecimentos da mãe relativamente ao comportamento e às competências sensório-percetivas do bebé;
- Pesquisar as expectativas relativamente à prestação de cuidados ao bebé num futuro imediato após alta hospitalar.

Análise de dados

Segundo Bogdon e Biklen (1994), a investigação qualitativa descritiva permite através da análise do discurso reconhecer elementos relevantes e espontâneos contrariamente à abordagem quantitativa, que se centra em elementos pré-estabelecidos. Os resultados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, isto é, “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2009, p. 44).

A análise de conteúdo das entrevistas foi realizada em 3 etapas cronológicas, referenciadas e sistematizadas por Bardin (2009) que incluem: a pré-análise (transcrição da entrevista), a exploração do material (construção dos indicadores) e o tratamento dos resultados e interpretação (categorização).

Numa primeira análise das entrevistas recorreremos ao processo clássico de análise de entrevistas.

De forma resumida, a primeira etapa implicou a transcrição integral das entrevistas. Seguidamente, procedeu-se à leitura reflexiva das entrevistas. Posteriormente, partindo-se de unidades de registo, procedendo-se à categorização, classificando os elementos de acordo com as similaridades e diferenciações, com a criação de categorias e subcategorias, posteriormente reagrupadas de acordo com dominadores comuns. Com base na aplicação desta entrevista (Fuertes, 2005) e de forma a permitir a análise das respostas das mães procedeu-se à constituição de três grandes temas:

- A. Perceção materna sobre a gravidez;**
- B. Relação materna com o bebé;**
- C. Perceção materna sobre o futuro após a alta do bebé.**

Para cada tema foram constituídas diferentes categorias, a cada categoria foram atribuídas diferentes subcategorias e a cada subcategoria foram atribuídos diferentes indicadores.

Para o tema da **Percepção materna sobre a gravidez** as **categorias** estabelecidas foram: Sentimentos positivos e negativos da mãe face à notícia da gravidez; Percepção materna da reação positiva e negativa do pai face à notícia da gravidez; Percepção materna da reação positiva e negativa da família face à notícia da gravidez; Percepção materna de apoio na gravidez e falta de apoio na gravidez pelo pai, família e amigos; Sentimentos maternos durante a gravidez - Aspectos físicos: Sentimentos maternos positivos, negativos e complicações associadas na gravidez; Sentimentos maternos na gravidez - Aspectos emocionais: Sentimentos maternos positivos e negativos na gravidez; Sentimentos maternos positivos, negativos e ambivalentes face à notícia da prematuridade.

Para o tema da **Relação materna com o bebé** as **categorias** criadas foram: primeiro momento em que sentiu o bebé; sentimentos maternos positivos e negativos ao sentir o bebé; fantasias positivas e escassez de fantasias sobre o bebé durante a gravidez; receios para com o bebé durante a gravidez; primeiro sentimento de amor pelo bebé; sentimentos positivos e negativos ao pegar/ tocar no bebé pela primeira vez; sentimentos positivos e negativos na separação do bebé pela primeira vez; percepção materna da antecipação de sentimentos face à sua separação do bebé aquando da sua alta hospitalar; conhecimento do bebé: identificação materna positiva sobre o temperamento do bebé e dificuldades na identificação do temperamento do bebé; expectativas maternas positivas e negativas sobre as capacidades sensório perceptivas do bebé.

Para o último tema da **Percepção materna sobre o futuro após a alta do bebé** as **categorias** formuladas foram: reação à perspectiva do dia da alta hospitalar do bebé; segurança e insegurança face ao cuidar do bebé em casa; ausência de antecipação e antecipação das primeiras dificuldades em casa.

Uma vez que se tratou de uma abordagem predominantemente indutiva para além dos temas previstos no guião da entrevista semidiretiva, a análise de conteúdo possibilitou encontrar outras categorias, nomeadamente a referente à antecipação que as mães fazem relativamente face à separação do bebé aquando da sua alta hospitalar sem o bebé e a reação à perspectiva do dia da alta hospitalar do bebé, o que nos possibilitou uma visão mais completa.

A metodologia utilizada nesta investigação centrou-se assim numa abordagem interpretativa, compreensiva e holística envolvendo a utilização de uma entrevista

semidiretiva enquanto metodologia fundamental. Este procedimento foi desenvolvido para as 20 entrevistas.

Os resultados serão apresentados em tabelas cujos títulos correspondem às categorias de análise, na coluna da esquerda surge a categoria, na segunda coluna são apresentadas as subcategorias, na terceira coluna os indicadores correspondentes às subcategorias e na quarta coluna as mães que expressaram aquela vivência.

Resultados

Após a análise das entrevistas, de acordo com o procedimento de análise de conteúdo explicitado nos métodos, apresentamos os resultados nas categorias e subcategorias estabelecidas, à priori, partindo do guião de entrevista e com os indicadores resultantes da análise de conteúdo.

A - Tema: Perceção materna sobre a gravidez

1. Sentimentos da mãe face à notícia da gravidez

Conforme podemos verificar na tabela 1, um grupo de 7 mães relataram ter sentimentos exclusivamente positivos quando receberam a notícia de que estavam grávidas. Estas mães expressaram felicidade, alegria, contentamento e satisfação. Estes sentimentos foram assim testemunhados, (E4): “...*Fiquei muito satisfeita porque foi a primeira gravidez, planeada, por isso foi uma muito boa notícia...*” e a mãe (E10): “...*senti-me super feliz, senti que tinha sido abençoada novamente...*”. Para 5 mães, a notícia da gravidez representou a realização de um sonho, a concretização do desejo de ter filhos. Contudo, para 5 mães esta notícia foi vivida unicamente, com sentimentos negativos incluindo ansiedade, angústia, choque e medo. Destacando-se relatos como o da mãe (E8): “... *Choque [riso]. Sim, foi um choque porque apesar de ser planeado nunca se está à espera...*” e continua... “ *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...*”. Um grupo de 8 mães (E2), (E5), (E7), (E9), (E14), (E17), (E19) e (E20), descrevem sentimentos ambivalentes, simultaneamente positivos e negativos na reação à notícia da gravidez. Esta dualidade foi assim relatada: (E2): “... *Alegria. Com medo. Já foram várias gravidezes e infelizmente correram mal. Faço sempre pré eclampsia, por isso cada vez é sempre um medo...*” e também “... *Sim, recordo foi uma alegria sem fim. No dia da ecografia eram 2, senti-me feliz, mas confusa...*” (E7) e ainda “... *Senti uma grande alegria mas ao mesmo tempo uma grande ansiedade, medo que não corresse como nós gostaríamos, que a gravidez não evoluísse até ao fim...*” (E17) (ver tabela 1).

Tabela 1*Sentimentos da mãe à notícia da gravidez*

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
A. Tema: Percepção materna sobre a gravidez	Sentimentos positivos face à notícia da gravidez	Felicidade	Quando soube que estava grávida senti-me feliz	1; 3; 6; 7; 9; 10; 12; 13; 20
		Alegria	Quando soube que estava grávida senti alegria	2; 4; 7; 14; 17; 18
		Contentamento	Quando soube que estava grávida senti-me contente	4; 5; 13
		Concretização do sonho/ desejo de ter filhos	Quando soube que estava grávida senti que foi a concretização do sonho/ desejo de ter filhos	4; 6; 9; 13; 18
		Surpresa Positiva	A notícia da gravidez foi uma boa surpresa	19; 20
		Sentimentos não explicitados	Não sei explicar o que senti quando soube que estava grávida	17; 20
		Sentimentos negativos face à notícia da gravidez	Não aceitação	Não queria a gravidez
	Ansiedade		Quando soube que estava grávida fiquei ansiosa	9; 17; 19
	Angústia		Quando soube que estava grávida senti-me angustiada	8; 16
	Choque		Quando soube que estava grávida fiquei em choque	8; 16
	Medo		Quando soube que estava grávida tive medo	2; 14; 17; 20
	Confusão		Quando soube que estava grávida fiquei confusa	7;
	Trauma		Já tive outras gravidezes que não resultaram	2; 9; 15; 17
	Preocupação pela reação do pai do bebé		Quando soube que estava grávida fiquei preocupada com a reação do pai do bebé	11
	Preocupação pela reação dos outros	Quando soube que estava grávida fiquei preocupada com a reação dos meus pais	11	
Surpresa Negativa	Não estava à espera da gravidez	5; 8; 16		

2. Percepção materna da reação do pai à notícia da gravidez

No que concerne a percepção da reação do pai à notícia da gravidez, e conforme indicam os resultados apresentados na tabela 2, registou-se também a predominância de

sentimentos positivos, sendo esta percepção descrita em 13 entrevistas. Esta percepção positiva foi descrita desta forma: (E7): “... *O meu marido ficou eufórico, de lágrimas nos olhos...*” e ainda (E20): “... *Ele chorou. Fumou um maço de tabaco e não disse nada. Depois começou a sorrir!...*”. Curiosamente, também 5 mães, perceberam que a notícia da gravidez significou para os pais a realização de um sonho a concretização do desejo de ter filhos. Todavia 2 mães perceberam sentimentos negativos do pai dado que tiveram, segundo estas, dificuldades na aceitação da notícia da gravidez. A mãe (E10) ao descrever a sua percepção da reação do pai diz: “... *No princípio não foi muito boa, ficou assustado, ficou afastado durante meses...*” Curiosamente a mãe (E11) que estava apreensiva relativamente à reação do pai, percebeu uma reação de contentamento deste, ao tomar conhecimento da notícia (ver tabela 2). Já para a mãe (E8) que revelou dificuldades na aceitação da gravidez, relatou que a notícia constituiu para o pai a concretização do sonho/desejo de ter filhos.

Tabela 2

Percepção materna da reação do pai do bebé face à notícia da gravidez

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
A. Tema: Percepção materna sobre a gravidez	Reação positiva do pai do bebé face à notícia da gravidez	Felicidade	Quando o pai soube da gravidez ficou feliz	9; 13
		Radiante	Quando o pai soube da gravidez ficou radiante	6; 7; 18
		Contentamento	Quando o pai soube da gravidez ficou contente	2; 3; 4; 5; 11; 12; 14; 20
		Emoção	Quando o pai soube da gravidez chorou	7; 20
		Concretização do sonho/ desejo de ter filhos	Para o pai a gravidez foi a concretização do sonho/desejo de ter filhos	8; 9; 13, 17; 18
		Surpresa positiva	A notícia da gravidez foi uma boa surpresa	1; 8; 12; 14; 16; 20
	Reação negativa do pai do bebé face à notícia da gravidez	Não aceitação	O pai não queria a gravidez	10; 19
		Ansiedade	Quando o pai soube da gravidez ficou ansioso	17
		Choque	Quando o pai soube da gravidez ficou em choque	16
		Susto	Quando o pai soube da gravidez chorou	10
		Trauma	Quando o pai soube da gravidez foi cauteloso porque já tive outras gravidezes que não resultaram	2; 15
		Medo pela saúde da mãe	O pai ficou preocupado com a minha saúde	2

3. Percepção materna da reação da família face à notícia da gravidez

Conforme podemos constatar na tabela 3, no que diz respeito à reação da família à notícia da gravidez, é indiscutível que a percepção materna foi extremamente positiva. Para esta percepção contribuem sentimentos positivos de felicidade, alegria, satisfação, contentamento e apoio apontados em 18 entrevistas. Existiram somente referências à percepção de sentimentos negativos (2 entrevistas), sendo descritas neste caso: dificuldades na aceitação da notícia da gravidez, choque e susto, sendo que, a não aceitação e susto foi vivida pela mesma mãe. Esta percepção foi assim expressa: “... *A minha mãe ficou um pouco assustada. Acho que nem acreditava, mas com o tempo foram aceitando a ideia...*” (E10) (ver tabela 3).

Tabela 3

Percepção materna da reação da família face à notícia da gravidez

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
A .Tema: Percepção materna sobre a gravidez	Reação positiva da família face à notícia da gravidez	Felicidade	Quando a família soube da gravidez ficou feliz	1; 8, 11; 13, 18
		Alegria	Quando a família soube da gravidez ficou feliz	3; 4; 15; 16; 20
		Contentamento	Quando a família soube da gravidez ficou feliz	1; 5; 6; 7; 9; 12; 14
		Apoio	A família deu apoio quando soube da gravidez	19
		Respeito perante as decisões do casal	A família não se intrometeu nas nossas decisões de casal	17
		Surpresa Positiva	Para a família a gravidez foi uma boa surpresa	8; 12; 15
	Reação negativa da família face à notícia gravidez	Não aceitação	A minha mãe não queria a gravidez	10
		Choque	Quando a família soube da gravidez ficou em choque	11
		Susto	Quando a família soube da gravidez ficou assustada	10
		Surpresa negativa	A família não estava à espera da gravidez	1

4. Perceção materna de apoio na gravidez

4.1 Perceção materna do apoio do pai na gravidez

Paralelamente, e como revelam os dados na tabela 4, é evidente que as mães também se sentiram muito apoiadas pelo pai ao longo da gravidez. Este foi um facto que as mães percecionaram de forma muito positiva e foi referido por 18 mães. Somente 2 referiram sentir a falta de apoio do pai. Este sentimento de falta de apoio é assim descrito: “... *Para o meu marido isto não foi nada bom. Logo no princípio não reagiu mal, mas depois dizia que eu tinha de interromper (a gravidez), que estava a ser difícil enviar dinheiro para cá para sustentar a família já com 3 filhos...*” (E19) (ver tabela 4).

4.2. Perceção materna do apoio dos familiares na gravidez

De forma similar, também a perceção de apoio recebido pelos familiares é positiva conforme apontam os dados na tabela 4. Esta perceção positiva é apontada por 15 mães, no entanto, uma mãe sentiu indiferença da família. Esta indiferença é assim relatada pela mãe (E10): “... *A minha mãe não ligava, (à gravidez) como é africana a maneira de pensar é diferente...*”.

4.3. Perceção materna do apoio dos amigos/ colegas na gravidez

Na tabela 4 apresentam-se também os dados relativos à perceção do apoio na gravidez pelos amigos/colegas, verificando-se que esta é também positiva, sendo que 9 mães fizeram referência a um sentimento de apoio pelos amigos/colegas (ver tabela 4).

Tabela 4*Percepção materna de apoio na gravidez*

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
A .Tema: Percepção materna sobre a gravidez	Apoio na gravidez	Senti apoio do pai do bebê na gravidez	Senti-me muito apoiada pelo pai	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 18; 20
		Senti apoio da família na gravidez	Senti-me apoiada pelos meus familiares na gravidez	1; 2; 3; 4; 5; 8; 11; 12; 13; 14; 15; 17; 18; 19; 20
		Senti apoio dos amigos/ colegas na gravidez	Senti-me apoiada pelos meus amigos/colegas durante a gravidez	1; 5; 6; 8; 10; 12; 13;14; 18
	Ausência de apoio na gravidez	Não senti apoio do pai do bebê na gravidez	Não me senti apoiada pelo pai	10; 19
		Não senti apoio da família na gravidez	Não me senti apoiada pelos meus familiares na gravidez	10
		Não senti apoio dos amigos/ colegas na gravidez	Não me senti-me apoiada pelos meus amigos/colegas durante a gravidez	3; 6; 7; 9

5. Sentimentos maternos durante a gravidez

5.1. *Sentimentos maternos na gravidez: Aspectos físicos*

Como se pode verificar pela análise dos dados apresentados na tabela 5, o período da gravidez sob o ponto de vista físico foi vivenciado pelas mães de forma distinta. Para esta disparidade contribuíram diferentes estados de saúde, de uma forma geral e as condições de evolução da gravidez de forma específica. Assim, verificou-se que 8 mães, descreveram esta etapa como um período em que sempre se sentiram bem. Contrariamente para 9 mães, esta foi uma fase que em a determinada altura experienciaram sensações de mau estar. Para estes sentimentos contribuíram a necessidade de repouso obrigatório, sendo este um condicionamento negativo apontado por 7 mães. São igualmente indicadas outras intercorrências tais como enjoos/azia, alterações circulatórias, diabetes, dores, astenia e excesso de peso. No decorrer da gravidez há ainda um alerta médico para o risco de perda do bebê, esta mãe refere (E19): “... *Não foi má (a gravidez) mas foi diferente de todas as outras. Não senti nada, nem enjoos, nem fui gulosa, mas como o útero já é curto, a médica preveniu-me logo desde o início*

do risco de perda e recomendou-me repouso absoluto, não me levantar sequer...” (ver tabela 5).

Tabela 5

Sentimentos maternos na gravidez: Aspectos físicos

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
A. Tema: Percepção materna sobre a gravidez	Sentimentos positivos na gravidez (aspectos físicos)	Bem estar ao longo da gravidez	Senti-me bem durante a gravidez	3; 4; 5; 7; 10; 11; 19; 20
	Sentimentos negativos na gravidez (aspectos físicos)	Mal estar só no início da gravidez	Senti-me mal só no início da gravidez	5; 12; 16
		Mal estar só no fim da gravidez	Senti-me mal só no final da gravidez	6; 14; 18
		Mal estar durante a gravidez	Senti-me mal durante a gravidez	8; 9; 13; 15
	Complicações associadas à gravidez	Alterações na tensão arterial	Tive tensão arterial alta durante a gravidez	2; 5; 9
		Enjoos/azia	Tive enjoos/azia durante a gravidez	4; 8; 9; 13; 16
		Diabetes	Tive diabetes durante a gravidez	5
		Alterações circulatórias	Tive inchaço nas pernas durante a gravidez	5; 12
		Necessidades de repouso obrigatório	O médico recomendou-me repouso obrigatório durante a gravidez	3; 6; 12; 15; 17; 18; 19
		Dores	Senti dores durante a gravidez	5
		Astenia	Senti-me com falta de forças durante a gravidez	8
		Excesso de peso	Aumentei muito de peso durante a gravidez	19
		Alerta médico para risco de perda do bebé	O médico alertou-me para a possibilidade de aborto espontâneo	19

5.2. Sentimentos maternos na gravidez: Aspectos emocionais

No que se refere às experiências e vivências na gravidez, sob um prisma emocional, estas também estão associadas a sentimentos contrastantes. Como se pode observar na tabela 6, constata-se que um grupo de 9 mães desenvolveram sentimentos positivos relativamente à sua experiência da gravidez e às suas vivências, nomeadamente felicidade, alegria, bem-estar geral e tranquilidade. A felicidade foi assim referida por uma das mães: “... *É um momento de felicidade tão grande que não pensei que pudesse*

correr mal...” (E1). Em oposição registou-se um elevado número de sentimentos negativos, sendo a angústia e a tristeza os mais sentidos pelas mães. O medo é também um sentimento que algumas mães evocam. Um exemplo deste sentimento foi assim referido pela mãe (E2) “... *Não contei a muita gente com medo que corresse mal, para evitar que as pessoas sofressem...*”.

Curiosamente, existe um conjunto de 3 mães que referem mais do que um sentimento negativo no decorrer da gravidez (e.g.: E8, E14, E15 e E17). A mãe E8 não desejou a gravidez e apresentou dificuldades na sua aceitação, associado a depressão e mau estar geral. Para a mãe (E14) a gravidez foi uma fase em que vivenciou um conjunto de sentimentos negativos nomeadamente angústia, tristeza, ansiedade e preocupação. Ainda as Mães (E14) e (E15) referem tristeza, angústia e medo que a gravidez corresse mal.

Registaram-se ainda sentimentos ambivalentes referidos por uma mãe. Estes sentimentos foram assim expressos: “... *para mim é melhor deixar vir este bebé. Eu já fiz um aborto e achei que com 9 semanas era mesmo para deixar vir...*” E continua “... *Logo no princípio (o pai) não reagiu mal mas depois dizia que eu tinha de interromper (a gravidez)...*” prossegue, “... *aqui (em Portugal) é difícil (abortar) por causa dos decretos que só permitem IVG até às 10 semanas. Eu não vou até Espanha para fazer isto...*” e ainda “... *Ia casar mas com a turbulência tão grande que esta gravidez causou, tivemos de adiar. Até estivemos mal um com o outro; Eu irritava-me muito com ele (pai). Ele começou a aceitar melhor quando soube que era um menino, um varão que vai fazer seguir o nome da família do pai...*” (E19) (ver tabela 6).

Tabela 6*Sentimentos maternos na gravidez: Aspectos emocionais*

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
A. Tema: Percepção materna sobre a gravidez	Sentimentos positivos na gravidez (aspectos emocionais)	Felicidade	Senti-me feliz durante a gravidez	17; 20
		Alegria	Senti alegria durante a gravidez	2
		Bem-estar geral	Senti-me bem durante a gravidez	13; 16; 18
		Tranquilidade	Senti-me tranquila durante a gravidez	4; 9; 10
	Sentimentos negativos na gravidez (aspectos emocionais)	Indesejada	Não desejei a gravidez	8
		Dificuldades na aceitação	Tive dificuldades em aceitar a gravidez	8
			Angústia	Senti-me angustiada na gravidez
		Ansiedade	Senti-me ansiosa na gravidez	14
		Depressão	Durante a gravidez queria estar sozinha	8
		Mau estar geral	Senti-me mal com a gravidez	8
		Medo	Senti medo que a gravidez corresse mal	2; ;14; 15
		Tristeza	Senti-me triste na gravidez	3; 5; 14; 15
		Preocupação	Senti-me preocupada na gravidez	11; 14; 17
		Ambivalência	Pensei em abortar mas depois abandonei a ideia	19

6. Sentimentos maternos face à notícia da prematuridade

Os dados representados na tabela 7 revelam que a notícia da prematuridade é um facto que marcou o testemunho das mães, sendo descritos nesta situação sentimentos de angústia, tristeza e pânico que se evidenciam no testemunho de 13 mães. Já o medo de morte do bebé foi também um sentimento vivenciado por 6 mães. Relativamente a este sentimento a mãe (E1) referiu o seguinte: “...*A minha preocupação não era a prematuridade mas o “se calhar o meu bebé não consegue sobreviver...”*. “...*Até foi muito positivo ele ter nascido...*”.

No entanto, e perante a adversidade da notícia da necessidade de um parto prematuro, curiosamente 3 mães revelaram esperança no trabalho da equipa clínica e ainda algumas manifestaram confiança. Estes dados, cruzam-se com o facto de 6 mães terem vivenciado a preparação antecipada para um parto prematuro. São exemplos da preparação antecipada os excertos das seguintes mães: (E5) “... *Eu já estava preparada. [E então...]Deitou sangue e vim...*” a mãe (E20): “...*Pensei: tem de ser! Eu já sabia que*

ele ia ser prematuro, estou aqui no hospital desde dezembro, não foi de 34 semanas, mas foi de 31, mas fui-me preparando...” Também para a mãe (E2) existiu uma preparação antecipada denotando claramente: sentimentos de confiança, esperança no trabalho de equipa, conformismo; verificando-se, simultaneamente sentimentos de tristeza e frustração. Nesta situação a mãe havia sofrido experiências anteriores de gravidezes de nados mortos e por isso referiu-se a esse momento do seguinte modo: “...*Salvá-la. Porque eu sabia que mais tempo podia acontecer o mesmo (referindo-se a outras gravidezes de nado-morto) e agora, que ela lutasse por ela própria, já não sendo dentro de mim...*”(ver tabela 7).

Tabela 7

Sentimentos maternos face à notícia da prematuridade

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
A. Tema: Perceção materna sobre a gravidez	Sentimentos positivos face à notícia da prematuridade	Preparação antecipada	Os médicos prepararam-me para a possibilidade de um parto prematuro	1; 2; 5; 16; 17; 20
		Confiança	Senti que era o melhor para o bebé	2; 14; 19
		Esperança no trabalho da equipa clínica	Depositei a esperança na equipa clínica	2; 11; 14
	Sentimentos negativos face à notícia da prematuridade	Ansiedade	Fiquei ansiosa com a notícia da necessidade de um parto prematuro	14; 15; 18
		Angústia	Fiquei angustiada com a notícia da necessidade de um parto prematuro	7; 10; 13; 15; 8
		Tristeza	Fiquei triste com a notícia da necessidade de um parto prematuro	2; 9; 11; 16
		Choque	Fiquei em choque com a notícia da necessidade de um parto prematuro	4
		Desespero	Fiquei desesperada com a notícia da necessidade de um parto prematuro	3; 8; 12; 18
		Frustração	Fiquei frustrada com a notícia da necessidade de um parto prematuro	2; 13
		Pânico	Fiquei em pânico com a notícia da necessidade de um parto prematuro	4; 6; 10; 11; 12
		Medo de morte do bebé	Com a notícia da necessidade de um parto prematuro senti medo que o bebé não sobrevivesse	1; 8; 13; 16; 18
	Sentimentos ambivalentes face à notícia da prematuridade	Conformismo	Tive a noção que era necessário um parto prematuro para salvar o bebé	2; 4; 10; 13; 14; 16; 17
		Desconhecimento	Não tinha noção do que é um bebé prematuro.	6; 8

B. Tema: Relação materna com o bebé

1. Primeiro momento em que a mãe sentiu o bebé

A maioria das mães refere que teve uma clara percepção do primeiro momento em que sentiu o bebé, já 3 mães revelaram ter dúvidas na identificação desse momento; um conjunto de 4 mães não identificou claramente o primeiro momento em que sentiu o bebé conforme se pode confirmar pelos dados apresentados na tabela 8.

A mãe (E8) descreveu assim a sua percepção: “... *Eh! Na altura acho que não percebi que era [o bebé a mexer]. Mas sim...as primeiras vezes não sabia o que era aquilo...*”.

Tabela 8

Primeiro momento em que a mãe sentiu o bebé

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
B. Tema: Relação materna com o bebé	Primeiro momento em que sentiu o bebé	Recorda claramente o primeiro momento em que sentiu o bebé	Lembro-me do momento em que senti o bebé pela primeira vez	3; 4; 5; 9; 10; 14; 15; 16; 17; 18; 20
		Sente dúvidas em identificar o primeiro momento em que sentiu o bebé	Não tenho a certeza do momento em que senti o bebé pela primeira vez	1; 2; 6
		Não identifica claramente o primeiro momento em que sentiu o bebé.	Não consegui perceber o momento em que senti o bebé pela primeira vez	7; 8; 13; 19

2. Sentimentos maternos ao sentir o bebé

Como ilustra a tabela 9, o sentir do bebé foi para a maioria das mães reportado como uma experiência positiva. Para este facto contribuíram sentimentos de alegria, felicidade, contentamento e bem-estar, referido por 9 mães. Este sentimento de alegria ao sentir o bebé é vivenciado como transmite a mãe (E10): “...*Comecei a rir sozinha parecia uma maluquinha (sorria). Comecei a ouvir o coração...(sorria) pensava que tinha um ser humano dentro de mim. Tinha pouca barriga, mas sentia-a e sorria...*”.

Curiosamente, para 4 mães era o seu toque específico que desencadeava o mexer do bebé. Para uma mãe, existia ainda uma associação do mexer do bebé a necessidades fisiológicas deste. A percepção desta preferência do bebé pelo seu toque e as suas

necessidades fisiológicas está patente no seu testemunho: “...*Ela sempre reagia ao meu toque, com o pai não tanto. Dava sinal para comer de madrugada...*” (E5).

Porém, 3 mães experimentaram sentimentos negativos no que diz respeito ao sentir o bebé durante a gravidez. Estes sentimentos traduzem-se pelo não sentir do bebé relatado por 1 mãe (E7) que narrou assim esta vivência: “...*Ainda não mexiam, o médico dizia-me que sim, mas eu não senti...*”. Existem ainda duas mães que sentiram que o seu bebé mexia pouco. Relata a mãe (E9): “...*Não (identifica a primeira vez que sentiu o bebé), ele estava preguiçoso. Eu dizia que mexia e a médica dizia que não, que eram gases. Recomendou-me uma dieta que comecei a cumprir à risca porque já estava a engordar muito. E depois senti... e disse ao pai “É ele!” Tuc, tuc, tuc...e chamei a minha filha “anda cá, o mano já mexe, está a ficar moço”. A gente tem tudo muito bem presente (na memória) porque foi uma gravidez muito curta...*” (ver tabela 9).

Tabela 9

Sentimentos maternos ao sentir o bebé

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
B.Tema: Relação materna com o bebé	Sentimentos positivos ao sentir mexer o bebé	Sente distintamente mexer o bebé	Sentia bem o bebé a mexer	3; 4; 5; 13; 14
		O bebé sempre mexeu muito	Sentia que o bebé mexia muito	6; 13; 15; 20
		O bebé reagia ao seu toque	Sentia que o bebé reagia ao meu toque	3; 12; 14; 20
		Associação do mexer do bebé a necessidades deste (nutritivas, mudança de posição, etc.)	Sentia que o bebé dava sinal para comer de madrugada	3
		Sentimento de alegria	Sentia alegria quando sentia o bebé	9; 10; 14; 12; 16
		Sentimento de felicidade	Sentia-me feliz quando sentia o bebé	2; 9; 18
		Sente a vida dentro de si	Sentia que tinha um ser humano dentro de mim	10
Sentimentos negativos ao sentir mexer o bebé	Não sentiu o bebé	Não senti o bebé	7	
	Sentiu que o bebé mexia pouco	Sentia que o bebé se mexia pouco	1; 9	

3. Fantasias sobre o bebê durante a gravidez

Relativamente às fantasias criadas acerca do bebê verificou-se, como indicado na tabela 10, que ocorreram maioritariamente fantasias positivas. Destas fantasias positivas são as características físicas do bebê aquelas que um grupo de 10 mães idealizou, nomeadamente as pareenças físicas com o pai, as pareenças físicas com elas e ainda as pareenças com os irmãos. As características emocionais são menos fantasiadas, sendo apontadas por 4 mães. A conceção de um bebê saudável foi um aspeto referido por 2 mães. Contudo, verificou-se que 4 mães fantasiaram pouco sobre o bebê, e ainda 2 não imaginaram de todo como seria o seu bebê. Um exemplo da não idealização do bebê foi relatado pela mãe (E16) desta forma: “...*Eu nunca tive isso de imaginar a bebê. Achava ainda muito cedo...*”(ver tabela 10).

Tabela 10

Fantasias sobre o bebê durante a gravidez

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
B . Tema: Relação materna com o bebê	Fantasias positivas sobre o bebê	Pareenças físicas com a mãe	Imaginei o bebê parecido comigo	1; 3; 10; 20
		Pareenças físicas com o pai	Imaginei o bebê parecido com o pai	1; 2; 6; 14; 15; 17; 19
		Pareenças emocionais com pai	Imaginei o bebê com o feitio do pai	3
		Pareenças com irmãos	Imaginei o bebê parecido com os irmãos	6; 9; 15; 19
		Particularidades físicas do bebê	Imaginei as características físicas do bebê	2; 4; 5; 6; 7; 11; 12; 14; 18; 19
		Particularidades emocionais do bebê	Imaginei as características emocionais do bebê	13; 15; 19
		Particularidades da saúde do bebê	Imaginei o bebê saudável	7; 18
		Escassez de fantasias sobre o bebê	Fantasiou pouco o bebê	Não me focava em imaginar o bebê
	Não fantasiou o bebê		Não imaginava o bebê	8; 16

4. Receios para com o bebê durante a gravidez

Conforme a tabela 11, o receio de perigo de saúde/vida para o bebê está patente na narrativa da maioria das mães durante a gravidez. Este elevado número está associado a receios relacionados com experiência anteriores (abortos, filhos prematuros, etc.).

Estes receios foram assim relatados (E15): “...*Sim. Eu já fiquei grávida 4 vezes. O * foi da 2ª FIV, mas o gêmeo perdi-o logo passado pouco tempo (hemorragia). Depois fiquei grávida porque se rompeu o preservativo, mas foi um aborto espontâneo em maio. Em junho viemos novamente a Espanha para uma FIV de gêmeos. Só vingou o *...*”.

Porém, 5 mães não definiram explicitamente o tipo de receio sentido. Esta indefinição do receio foi narrada pela mãe (E8): “... *Desde o primeiro minuto que soube que estava grávida (senti o receio). Acho que é aquele receio, que deve ser geral, de pensar primeiro nas coisas más...*”.

Apenas uma mãe não pensou em receios durante a gravidez. Diz a mãe (E1): “... *É um momento de felicidade tão grande que não pensei que pudesse correr mal...*” (ver tabela 11).

Tabela 11

Receios para o bebê durante a gravidez

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
B. Tema :Relação materna com o bebê	Receios	Não pensou/ teve receios	Sempre pensei que estava tudo bem.	5; 6; 12; 16; 19
		Medo relacionado com experiências anteriores (abortos, filhos prematuros, etc.)	Tive medo porque já tive experiências negativas noutras gravidezes	2; 9; 14; 15; 17; 18
		Medo de deficiências/ malformações	Pensava na hipótese de haver algo de errado com o bebê	7; 13
		Medo associado a problemas de saúde materna	Tive medo que os meus problemas de saúde fossem prejudiciais para o bebê	3; 5; 9; 20
		Medo do parto	Tive medo que as coisas não corressem muito bem sobretudo durante o parto	4
		Medo de aborto	Tive medo de perder o bebê	20
		Medos associados à gemelaridade	Tive medo devido a ser uma gravidez de gêmeos	13
		Medos associados a FIV	Tive medo devido a ser uma por FIV	13
		Receios não definidos	Tive sempre receio	8; 10; 11; 13; 14

5. Primeiro sentimento de amor pelo bebê

O momento mais significativo para o nascimento do primeiro sentimento de amor pelo bebê, como revelam os dados da tabela 12, foi quando a mãe teve conhecimento da gravidez (referido por 10 mães). As restantes respostas repartem-se pelos vários momentos, sendo o ver o bebê, após o nascimento aquele que é imediatamente referido. Como para a maioria das mães, a mãe (E2) refere o primeiro momento em que soube que estava grávida, no entanto este sentimento é relatado também noutras situações: “...Logo no início, quando soube que estava grávida. Logo. Depois quando começou a mexer, as ecografias...”. Todavia, verifica-se que para uma mãe a identificação deste sentimento de amor não foi clara. Esta dificuldade foi traduzida nas suas palavras do seguinte modo: “... Amor não. Acho que amor não se sente ao primeiro impacto. Mas tive um sentimento diferente quando o vi pela primeira vez logo depois de nascer...”(E8) (ver tabela 12).

Tabela 12

Primeiro sentimento de amor pelo bebê

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
B. Tema: Relação materna com o bebê	Primeiro sentimento de amor pelo bebê	Dificuldade na identificação do sentimento de amor pelo bebê	Sinto dificuldade em identificar o sentimento de amor	8
		Desde que soube que estava grávida	Senti amor desde que soube que estava grávida	2; 3; 6; 7; 9; 12; 14; 16; 17; 18; 19
		A partir do momento em que sentiu o bebê	Senti amor desde que comecei a sentir o bebê	15; 20
		No parto	Senti amor no nascimento	11
		Quando viu o bebê	Senti amor quando vi o bebê	1; 5; 10
		Quando ouviu o bebê chorar pela primeira vez	Senti amor pelo bebê quando o ouvi chorar pela primeira vez	4; 13

6. O pegar/ tocar no bebê pela primeira vez

O pegar/tocar no bebê pela primeira vez é um momento vivido de uma forma muito intensa dadas as circunstâncias de um nascimento prematuro, uma vez que neste caso é só o toque a primeira forma de primeiro contacto com o bebê. Não sendo possível a vivência da experiência do pegar no bebê, somente a mãe (E1) não fez referência a este facto de uma forma explícita. Neste momento do toque existiram fundamentalmente sentimentos negativos que foram relatados por 8 mães e que variaram entre a preocupação, a tristeza, o medo e a insegurança, sendo os mais apontados. Curiosamente, apesar das 5 mães que relataram sentimentos positivos nomeadamente de: realização, felicidade e amor perante esta vivência, descrevem conjuntamente sentimentos negativos, conforme os dados da tabela 13. Este momento foi assim relatado por algumas mães: “... *Senti-me bastante completa como mãe; tive medo ao pegar nele, de não fazer bem...*” (E1); “... *Não peguei. [Viu o nascimento da bebé mas não lhe deram a bebé a tocar]. Quando vim aqui vê-la, senti felicidade e medo. Sinto-me bem*”... [voz embargada] (E2); “... *Ainda não peguei, só toquei na UCIN. Senti logo amor mas muito medo. Não estava preparada para o ver. O enfermeiro disse-me para lhe tocar. Toquei só com um dedo...*” (E6); “... *Eu toquei neles mas o pai não quis. Eu toquei e tive medo que não pudesse existir outro momento daqueles, que eles morressem. Senti-me mãe a tocar neles, aqui...*” (E13).

Tabela 13*O pegar/ tocar no bebê pela primeira vez*

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
B. Tema: Relação materna com o bebê	Sentimentos positivos ao pegar/tocar no bebê pela primeira vez	Realização	Quando toquei no bebê senti-me realizada	1; 13
		Felicidade	Quando toquei no bebê senti-me feliz	2; 3
		Amor	Quando toquei no bebê senti amor	6
	Sentimentos negativos ao pegar/tocar no bebê pela primeira vez	Frustração por não pegar/tocar no bebê	Não peguei no bebê	2; 3; 4; 6; 9; 10; 12; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20;
		Angústia por não pegar/tocar no bebê	Só toquei no bebê	5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 16; 17; 20
		Receio de não saber pegar	Tive receio de não saber pegar, de não fazer bem.	1
		Insegurança por viver o momento sozinha	Senti que era melhor partilhar esse momento a dois	17
		Medo	Tive medo da morte dos bebês e de não os voltar a tocar	13

7. A separação do bebê pela primeira vez

A separação do bebê pela primeira vez é também, paralelamente com o pegar/tocar no bebê pela primeira vez, uma situação vivida de forma negativa, pela maioria das mães. A tristeza foi o sentimento maioritariamente apontado por 9 mães, mas a frustração referida por 5 mães e a ansiedade descrita por outras 4 mães estiveram também patentes nos seus testemunhos. O medo de morte do bebê foi, mais uma vez, um acontecimento muito salientado nos relatos maternos (3 mães). Paralelamente surgiram também relatos de culpabilidade, de desespero e de frustração. É de realçar que estes diferentes sentimentos foram experimentados pela mesma mãe (ver tabela 14).

As mães descrevem os seus sentimentos do seguinte modo: “... *Uma grande tristeza. Estou triste ao lado dela e aqui. Não sei o que dizer. Só consigo chorar...*” (E18); “... *O momento do regresso ao quarto foi difícil...dá a impressão que não estou perto e que alguma coisa pode acontecer. ... É estranho deixá-lo, há insegurança... escorrego nos meus pensamentos e não quero deixar de ser positiva mas a ansiedade e o medo... Mas eu quero acreditar que se ele vingou é porque Deus quis...*” (E15); “... *Ainda não*

peguei. Ainda não me separei dele...” (E19);

Porém, e curiosamente, 4 mães narraram sentimentos positivos tais como aceitação e confiança perante esta tribulação. “... *Eu fiquei lá sozinha... mas também estava um zombie... nem sei o que lhe diga... claro que gostava de ter ido com ela mas não podia... Aqui a gente vê passar as outras mães e eu não a tenho, tenho de esperar...*” (E14); “... *É a segunda vez que passo por isto, senti-me triste porque não estava com ele ao pé de mim. Por outro lado, segura porque sabia que iam tratar dele...*” (E17); “... *Eu desde que saiba como é que ela está estou tranquila...*” (E4).

Tabela 14

A separação do bebé pela primeira vez

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
B. Tema: Relação materna com o bebé	Sentimentos positivos na separação	Aceitação	Compreendi que era necessário	14; 17; 20
		Confiança	Sinto que é o melhor para o bebé	9; 14; 17
		Conformismo	Senti que apesar de tudo era o melhor para o bebé	9; 14; 17
	Sentimentos negativos na separação	Culpabilidade	Sinto que falhei em alguma coisa.	6; 7; 8; 15
		Insegurança	Sinto-me insegura por não estar ao pé do bebé	6; 7; 19
		Frustração	Senti-me frustrada por não ficar com o bebé	1; 8; 11; 12; 13
		Medo de morte do bebé	Senti medo de perder o bebé	2; 13; 15
		Preocupação com a saúde do bebé	Fiquei preocupada com a saúde do bebé	5
		Tristeza	Senti tristeza quando tive de me separar do bebé	1; 2; 8; 9; 12; 13; 17; 18; 20
		Impotência	Senti-me impotente quando me separei do bebé	6; 8
		Desespero	Senti-me desesperada quando me separei do bebé	8; 15; 18
		Ansiedade	Senti-me ansiosa quando me separei do bebé	10; 13; 15; 18
		Confusão	Senti uma grande confusão de sentimentos quando me separei do bebé	8

8. Perceção materna da antecipação de sentimentos face à sua separação do bebé aquando da sua alta hospitalar

O momento da alta hospitalar da mãe e conseqüente separação do bebé é percecionado por como um momento difícil, marcado pela aceitação, pela resignação, e pelo conformismo, mas também pela frustração e tristeza por deixar o bebé, explicitado por 3 mães conforme se pode confirmar pelos dados apresentados na tabela 15.

Estes sentimentos foram assim narrados: “... *Agora, quando eu começar a ir para casa mais vezes, mais dias, vai-me custar mais. Se houver coisas a correrem menos bem vai-me custar...*” (E4); “... *Amanhã já vou ter de sair, e já isso, já parte o coração todo. É sempre aquela angústia quando os telefones tocam, não sabermos quem é. Mas pronto, tem de ser...*” (E2); “... *E hoje vou para casa sabendo que a tenho que deixar aqui. Vai ser um bocadinho “complicado” mas ela está em boas mãos...*” (E16).

Tabela 15

Perceção materna da antecipação de sentimentos face à sua separação do bebé aquando da sua alta hospitalar

B. Tema: Relação materna com o bebé	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
	Sentimentos face à separação do bebé aquando da alta hospitalar da mãe	Tristeza por deixar o bebé	Sentirei tristeza por deixar o bebé na UCIN	4; 16
		Frustração por deixar o bebé	Vai ser difícil deixar o bebé na UCIN	2; 4
		Conformismo	Dadas as circunstâncias compreendo que será o melhor para o bebé	2; 16

9. Conhecimento do bebé

9.1. Perceção materna sobre o temperamento do bebé

O temperamento do bebé é caracterizado pela maioria das mães de uma forma positiva. Para esta caracterização marcadamente positiva contribuem perceções da vitalidade do bebé e da sua personalidade relatadas por 13 mães. Todavia, 5 mães não souberam como descrever o comportamento do seu bebé. Aponta-se ainda o facto de 2 mães descreverem o seu bebé pelo que a equipa clínica diz dele (ver tabela 16).

As mães falam assim do seu bebé: “... *Ainda não sei bem. (descrever o comportamento do bebé). Talvez com o feitio do pai: pela birra que ele fez hoje, com*

força. A enfermeira dizia que é bom sinal, de vitalidade (ri)...” (E20); “... Não, é muito cedo. É muito teimosa: não faz o que eu lhe digo [e por isso] nasceu antes do tempo! [humor!]. As enfermeiras dizem que ela não é muito chorona...” (E14).

Curiosamente, as mães de gémeos (E7) e (E13) assinalam diferenças entre os dois bebés descrevendo-os desta forma: “... A * é mulher. É mais agitada, pequenina, mas valente. É o pai! O * saiu a mim, é mais calmo...” (E7); “... O * apesar de estar agora com mais dificuldades é um lutador. O * está ali, calminho. Teve de nascer por causa do irmão, mas está ali calminho. Tenho esta coisa de que o * é que vai dar força ao * ...” (E13). E continua: “... Bem, daqui a uns anos poderá ser o contrário: é muito engraçado estar aqui a pensar nisto...”.

Tabela 16

Perceção materna sobre o temperamento do bebé

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
B. Tema: Relação materna com o bebé	Identifica o temperamento positivo do bebé	Mexido/ irrequieto/ reguila	Penso que o meu bebé é mexido / irrequieto/ reguila	3; 6; 7(α); 9; 11; 12; 17; 19
		Calmo/ tranquilo	Penso que o meu bebé é calmo/ tranquilo	1; 7(β); 13 (α)
		Lutador	Penso que o meu bebé é um lutador	10; 13(β); 15; 16; 17;
B. Tema: Relação materna com o bebé	Dificuldades em identificar o temperamento do bebé	Ainda não pensou sobre o temperamento do bebé	Não pensei sobre o temperamento do bebé	2; 4; 5; 8; 18
		Descreve o bebé pelo que dizem dele	Foi a enfermeira que falou do bebé	14; 20

9.2. Perceção materna sobre as capacidades sensório percetivas do bebé

Relativamente às capacidades sensório percetivas dos bebés e como se pode verificar na tabela 17, maioritariamente as mães consideraram que o seu bebé revelava competências sensoriais, sendo a audição a capacidade que grande parte das mães percecionou como estando presente (15 mães) a par das capacidades sensitivas (11 mães). A capacidade visual é a aptidão que a maioria das mães percecionou como ainda não estando adquirida (14 mães). Também relevante é o facto de 11 mães considerarem que o bebé reconhece a sua presença/ toque.

Estas percepções foram assim narradas: “... *Eu acho que a minha já se apercebe, já nos reconhece, responde logo com movimentos. O médico já nos disse esta manhã que era muito importante mexer nela, ela sentir o toque da mãe e do pai. Acho que sim. Pelo menos a gente quando lhe mexe ela reage. Tento não lhe mexer muito para não passar para ela a ansiedade...*” (E2); “... *Ver acho que não vê, mas acho que deve sentir que há mãe. Eu acho que também não ouvem logo. Mas quando fui lá agora, e fiz festinha ela abriu os olhos...*” (E5); “... *O meu cérebro diz que por serem tão pequeninos eles não ouvem, não veem. Mas o meu instinto diz-me que sim, que se eu falar com eles e lhes tocar eles sentem que sou eu, principalmente se lhes tocar. O contacto eles sentem...*” (E13).

Tabela 17

Percepção materna sobre as capacidades sensório perceptivas do bebé

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
B. Tema: Relação materna com o bebé	Expetativas positivas sobre as capacidades sensório perceptivas do bebé	O bebé vê/vê sem nitidez	O meu bebé vê alguma coisa O meu bebé vê os vultos	1; 4; 9; 15
		O bebé ouve	O meu bebé ouve	1; 3; 4; 6; 7; 8; 9; 11; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20
		O bebé sente	O meu bebé sente	2; 7; 8; 9; 12; 13; 14; 17; 18; 19; 20
		O bebé reconhece a presença/ toque da mãe	O meu bebé sabe quando sou eu que estou ao pé dele O meu bebé sabe que sou eu quando lhe toco	1; 2; 4; 5; 11; 12; 13; 14; 15; 18; 19
	Expetativas negativas sobre as capacidades sensório perceptivas do bebé	O bebé não vê/ tem dúvidas se o bebé vê	O bebé não vê nesta fase Não sei se o bebé vê	3; 5; 6; 7; 8; 10; 11; 12; 13; 14; 16; 17; 18; 20
		O bebé não ouve/ tem dúvidas se o bebé ouve	O bebé não ouve nesta fase Não sei se o bebé ouve	5; 8; 10; 13; 16
O bebé não sente/ tem dúvidas se o bebé sente		O bebé não sente nesta fase Não sei se o bebé sente	10; 16	

C. Tema: Percepção sobre o futuro após a alta do bebê

1. Percepção materna relativamente ao desejo da alta do bebê

A alta do bebê foi um grande desejo explicitado por 3 mães. Contudo, apesar de ambicionar muito que tal aconteça, para a mãe (E1) esse dia não é ainda perspectivado, apresentando-se insegura face ao futuro, querendo apenas considerar o momento presente (ver tabela 18).

Este desejo foi assim expresso: “... *Somos todos instruídos com a máxima “um dia de cada vez”, e para nós é quase uma prática religiosa. Eu evito pensar no dia da alta. Isto de não pensar não quer dizer que não queira tê-lo lá, cuidar dele, brincar com ele...*” (E1).

Também a mãe (E13) falou deste dia: “... *Já (pensou na alta do bebê) e desejo imenso esse dia. Não vou ter medo porque acho que os maiores medos estou a ultrapassar agora...*”. E continua referindo: “... Eu só desejo mesmo é que esse dia chegue!...”.

Tabela 18

Percepção materna relativamente ao seu desejo da alta do bebê

C. Tema: Percepção do futuro após a alta do bebê	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
	Reação à perspectiva do dia da alta hospitalar do bebê	Grande desejo de levar o bebê para casa	Desejo muito o dia da alta do bebê	1; 13; 20
		Insegurança perante a perspectiva do dia da alta do bebê	Evito pensar no dia de levar o bebê para casa	1
		Quer apenas considerar o presente	Tenho de viver um dia de cada vez, não sei o que vai acontecer	1

2. Percepção materna relativamente ao cuidar do bebê em casa

Conforme se pode constatar na tabela 19, a maioria das mães revelou segurança na sua competência relativamente à capacidade para cuidar do seu bebê em casa. A sua segurança advém da confiança no saber cuidar bem, como da experiência já adquirida com o cuidar de outros filhos. Existe, contudo, um grupo de 7 mães que indicam insegurança face às exigências da prematuridade. Estes sentimentos foram assim

relatados: “...*Nos primeiros tempos não sei se vou estar mais ansiosa do que se fosse de termo, pois também vou ter dois meses para a conhecer aqui, quando a levar já não vai ser uma criatura nova na minha vida...*” (E4); “... *Será com todo o amor e carinho. Teremos que aprender...*” (E7); “... *Já imaginei assim qualquer coisa mas mesmo assim não sei. Não estava com ideia de ter a bebé já...*” (E14); “... *O medo maior ainda é das doenças, das gripes. Como é prematura as probabilidades de doenças são maiores...*” (E14).

Para 5 mães, porém, o cuidar do bebé em casa é um acontecimento sobre o qual não querem pensar (ver tabela 19).

Tabela 19

Perceção materna relativamente ao cuidar do bebé em casa

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
C. Tema: Perceção do futuro após a alta do bebé	Segurança face ao cuidar do bebé em casa	Competência adquirida em experiência anterior	Vou saber cuidar do bebé porque já tive outros filhos	5; 12; 15; 19
		O bebé sairá do hospital quando estiver fora de risco	Não vou ter medo porque acho que os maiores medos estou a ultrapassar agora.	4; 9; 13
		Tempo de aprendizagem aprender junto da equipa técnica para cuidar do bebé	Vou ter tempo para conhecer o bebé na UCIN	4; 13
		Confiança materna no saber cuidar	Penso que vai ser fácil cuidar do bebé	2; 3; 16; 19; 20
	Insegurança face ao cuidar do bebé em casa	Apoio em caso de necessidade	Se necessitar vou ter ajuda	2; 11; 12; 13
		Incerteza na capacidade de dar resposta às necessidades do bebé	Não sei se vou conseguir lidar com as necessidades, depende se o bebé for calminho, se comer bem, se dormir bem	4; 6; 17
		Desconhecimento das características do bebé prematuro	Não sei se saberei cuidar do bebé por ser prematuro	1; 2; 4; 6; 7; 14; 17
		Quer apenas considerar o presente	Não quero pensar nessa fase	2; 8; 18;
	Parece-lhe ser uma data muito longínqua	Ainda não pensei no cuidar do bebé em casa	10; 14	

3. Percepção materna na antecipação das primeiras dificuldades em casa

Quando questionadas relativamente às primeiras dificuldades que imaginavam vir a ter já em casa, as respostas revelaram, de acordo com o indicado na tabela 20, este acontecimento ainda não foi muito imaginado. Existe um conjunto de 8 mães que ainda não fantasiaram este acontecimento, constatando-se que estavam focadas no momento que estavam a viver, ou consideravam ser uma data que ainda lhes parecia muito longínqua. Para ilustrar estes sentimentos a mãe (E19) referiu: “... *Por acaso ainda não comecei a pensar nisso. Neste momento tenho uma auxiliar em casa e por isso estou só virada para o bebé...*”.

Existiu ainda um grupo de 7 mães que apresentaram sentimentos positivos relativamente às dificuldades em casa. Estes sentimentos positivos variam entre o não antecipar dificuldades, como constatado nas suas respostas: “... *Eu só tenho pensado coisas positivas, tenho deixado as negativas para trás das costas. Nem penso em coisas negativas. Desde que me disseram que ia nascer eu digo: vai correr tudo bem...*” (E16); “... *Acho que é esta fase que me está a custar mais. Aqui é que esta fase é mais ansiosa. Esta é a fase pior. As outras vão ser mais tranquilas!...*” (E9) assim como na confiança na sua capacidade de ultrapassar as suas primeiras dificuldades.

Na eventualidade da existência de dificuldades, existe um conjunto de 4 mães que possuem sentimentos positivos no que respeita à sua capacidade de as ultrapassar. Estes sentimentos foram assim expressos: “... *Ele vai precisar que lhe demos muita atenção. É um bebé normal mas não é como um bebé de termo...*” (E1); “... *Acho que vai ser fácil. Eu acho que sim. Só se ela tiver algum problema. Até agora está a manter-se estável. Eu cuidei dos meus irmãos e fui ama. Mas nunca lidei com especialidade. Ai vou ter de saber, informar-me. Sempre lidei com crianças e não tive problemas. Se precisar de ajuda, que me digam o que é preciso: trata-la assim... qualquer coisa. Hoje é um dia. Amanhã pode ser outro. Não se sabe. Um dia de cada vez...*” (E2) (ver tabela 20).

Tabela 20

Percepção materna na antecipação das primeiras dificuldades em casa

	Categoria	Subcategoria	Indicadores	Entrevistas
C. Tema: Percepção do futuro após a alta do bebê	Ausência de antecipação de primeiras dificuldades em casa	Não antecipa dificuldades	Penso que não irei ter dificuldades em casa	9; 12; 16
		Confiança na capacidade de ultrapassar as primeiras dificuldades sem ajuda	Sei que o bebê por ser prematuro vai necessitar de mais atenção mas o pior já terá passado	15
		Confiança na capacidade de ultrapassar as primeiras dificuldades com ajuda	Se tiver dificuldades conto com ajuda para as ultrapassar	2; 5; 12
	Antecipação das primeiras dificuldades em casa	Insegurança face às exigências da prematuridade	Não sei se saberei cuidar de um bebê prematuro	1; 2; 6; 7; 14
		Insegurança face a dificuldades comuns (sono, alimentação, banho)	Não sei se saberei ultrapassar algumas dificuldades sentidas na alimentação, banho, sono	3; 4; 6; 13; 17
		Complicações respiratórias, doenças, alterações no desenvolvimento	Tenho medo do desenvolvimento do bebê/ das complicações respiratórias e doenças	7; 14
		Quer apenas considerar o presente	Não quero pensar nessa fase	8; 16; 18; 19; 20
		Parece-lhe ser uma data muito longínqua	Ainda não pensei bem nas dificuldades que sentirei em casa	4; 10; 13; 14

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo analisar qualitativamente as representações maternas de mães de bebês extremamente prematuros (IG inferior a 32 semanas). Para o efeito, as mães foram entrevistadas nas primeiras 72 horas após o parto com uma Entrevista Materna, previamente desenvolvida e testada numa amostra de bebês de termo e pré-termo (Fuentes, 2005). A Entrevista tinha como propósito explorar as representações das mães de bebês de extremo pré-termo relativamente ao desenrolar da gravidez, ao nascimento prematuro, à maternidade e às expectativas sobre cuidar do bebê e o seu futuro desenvolvimento. Para o recrutamento dos participantes foram tidos em conta os seguintes critérios: bebês com IG dentro dos limites estabelecidos e sem identificação de malformações congénitas ou doenças genéticas; os pais sem referência a histórico de psicopatologia materna ou paterna e sem suspeita de abuso de álcool ou drogas.

Viajando pelas representações maternas, sobressai que a **notícia da gravidez** é descrita através de emoções positivas - *grande felicidade, alegria e contentamento*. No entanto, quando analisamos cuidadosamente as suas respostas verificamos uma ambiguidade de sentimentos. Na verdade, a descrição de sentimentos positivos é assaltada pela evocação de sentimentos de *ansiedade, angústia, medo e trauma*. As mães relembram a alegria dessa notícia mas nalguns casos, descrevem problemas pessoais que desafiaram essa mesma emoção. Com efeito, a ambivalência emocional pode estar relacionada a história de vida das mães (e.g., abortos espontâneos, FIV, problemas de saúde ou problemas familiares). Assim, as mães dos bebês *prematurríssimos* iniciam o processo de construção da identidade materna e de preparação para o papel materno entre sentimentos contraditórios. A literatura indica que, geralmente, as mães (independentemente do estatuto da prematuridade) vivem sentimentos ambíguos, oscilando entre sentimentos positivos e receio (Stern et al., 1998). As duas emoções são preparatórias do futuro papel materno. A alegria desencadeia processos motivadores de a esperança e o otimismo necessário à tarefa e o receio forja a preparação necessária ao papel materno (Brazelton & Sparrow, 2003). Contudo, é preciso que as mães sejam capazes de adquirir o equilíbrio entre estas emoções e que construam uma identidade materna segura e confiante (Brazelton, 1992).

De modo geral, a maioria das mães têm uma percepção positiva da **reação dos pais** (companheiros) à notícia da gravidez, descrevendo-a como *contentamento e surpresa positiva*. As reações negativas são menos frequentes e parecem estar relacionadas com vivências traumáticas anteriores. O pai surge como um apoio à mãe, sobretudo, para aquelas que se debatem com representações ambivalentes. A investigação tem indicado que o pai constitui um suporte emocional para a mãe (Klaus & Kennell, 1992). Para estes autores, a aceitação do bebé pelo companheiro torna-se um fator significativo para o desenvolvimento da vinculação mãe-bebé. Num estudo produzido em Portugal, quando os pais asseguram cuidados aos filhos a probabilidade das mães e dos próprios pais apresentarem vinculação segura com os seus filhos é maior (Fuertes, Faria, Lopes dos Santos, & Beeghly, 2016).

A percepção da **reação da família** foi igualmente *positiva*, o que poderá aumentar o sentimento de apoio e confiança da grávida. Com efeito, os nossos dados indicam que a maioria das mães se sente apoiada durante a gravidez pelo pai do bebé e pelos seus familiares amigos/colegas.

A literatura indica que o apoio da social à grávida é um importante fator de proteção para o desenvolvimento da criança e para a parentalidade (Sameroff & Fiese, 2000).

A maioria das mães descreve *problemas clínicos* durante a **gravidez** que, em alguns casos, requerem um repouso obrigatório. Estas dificuldades podem ter condicionado as representações das mães acerca da gravidez (e.g., gerando preocupação, medo, tristeza, angústia). A literatura tem indicado que as grávidas com problemas clínicos relembram a gravidez como intranquila e preocupante. Os dados encontrados são corroborados num estudo comparativo com recém-nascidos pré-termo e de termo, Fuertes, e colegas, (2011) que descobriram que as mães que tiveram partos prematuros tinham mais percepções negativas sobre sua gravidez e trabalho de parto. Para essas mães, prevalecem as preocupações com a sua saúde e com o bem-estar e desenvolvimento do bebé (Stern, et al., 1998; Misund, Nerdrum & Diseth, 2014; Mianaei, Karahroudy, Rassouli & Tafreshi, 2014; Gallegos-Martinez, Reyes-Hernández & Scochi, 2013; Lasiuk, Comeau & Newburn-Cook, 2013).

A maioria das mães relatou que durante a gravidez experimentaram sentimentos de **receio de perigo de saúde/vida para o bebê**. Estes dados estão relacionados quer com o receio de aborto, quer com o medo decorrente de experiências negativas anteriores. A gravidez foi ainda, para um grupo de 5 mães, um período marcado pela preocupação, relativa a receios não especificados. De acordo com o estudo de Almeida e colegas, (2018) em que comparou quantitativamente uma amostra de bebês de termo e de extremo pré-termo, verificou que grande parte das mães dos bebês prematuríssimos sentiu receio durante a gravidez, no parto, e ainda relativamente ao bem-estar e à sobrevivência do seu bebê, contrariamente às mães dos bebês de termo que, maioritariamente, identificaram um receio ocasional.

Relativamente à **notícia da prematuridade**, cujas causas podem ser inesperadas ou já previamente diagnosticadas, as mães ao serem confrontadas com esta notícia, que coloca em risco a sobrevivência do seu bebê, descrevem sentimentos que invocam a natureza de *trauma*. Com efeito, um conjunto de sentimentos são enunciados tais como: *ansiedade, angústia, tristeza, choque, desespero, pânico e receio pela sobrevivência do bebê*. Estas descrições marcam as narrativas das mães em discursos tocantes para o investigador. Este resultado associa-se a um corpo de investigação que indica que as narrativas das mães dos bebês prematuros revelam trauma e medo com o sofrimento e risco de sobrevivência do bebê, (Sobral 2016; Stern et al., 1998; Misund et al., 2014; Gallegos- Martinez et al., 2013; Lasiuk et al., 2013, Carter et al., 2004).

Estas experiências traumáticas podem influenciar 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 autêntica tentativa de compensar os processos da prematuridade.

Constamos que algumas mães e apesar da situação adversa apresentam sentimentos de confiança. Estes sentimentos emergem da justificação de que era o melhor perante a situação da eminência do parto e, da esperança no trabalho da equipa clínica. Já nos seus estudos, Fuertes e colegas (2011), indicavam que, apesar das vivências dolorosas as mães continuavam confiantes na prestação futura de cuidados ao bebê.

Para a maioria das mães, **o sentimento de amor** surge mesmo antes do nascimento do bebê (Brazelton, 1992). Na nossa pesquisa, os dados ilustram que a relação com o bebê se inicia muito precocemente, as mães apontam a notícia da gravidez como o primeiro momento em que sentem amor pelo bebê. As mães referem também ter uma clara percepção do **primeiro momento em que sentiram o bebê** pela primeira vez. Estes momentos foram vividos com alegria e felicidade. Curiosamente ainda, algumas mães consideraram que o bebê mexia mais ao seu toque. Contudo, algumas mães não conseguiram sentir o bebê considerando que este era demasiado *pequenino* (ter poucas semanas de gestação) para o poderem sentir.

O **primeiro contato com o bebê** sendo um momento muito ambicionado é um momento que acaba por ser muito *intenso* e, no entanto, muito *fugaz*. Este acontecimento é marcado por sentimentos de angústia e frustração segundo a maioria das mães (só encontramos uma mãe que não faz alusão a este momento de forma explícita). Dado que o nosso estudo versou sobre a grande prematuridade, *as mães não podem pegar no seu bebê, limitando-se a tocar-lhes*, condicionando logo à partida este primeiro contacto com o bebê. Nesta situação adversa, cinco mães relatam felicidade, amor e a realização do seu sonho de ser materno. Estudos sobre a prematuridade indicam que mães de bebês muito prematuros têm menor probabilidade de desenvolver uma representação materna equilibrada e de expressar sentimentos positivos logo após o nascimento (Meijssen, et al., 2011).

Em consequência deste nascimento prematuro e perante a **separação do bebê**, as mães relatam sentimentos de tristeza, frustração, ansiedade, desespero e impotência. O receio que o bebê não sobreviva marca a narrativa das mães, sobretudo quando descrevem o momento em que tocam pela primeira vez no bebê.

Esta separação precoce das mães de seus recém-nascidos pré-termo é, assim, potencialmente traumática para as mães, causando reações de stress, com sintomas de ansiedade e depressão (Kersting, Dorsch, Wesselmann, Ludorff, Witthaut, Ohrmann, et al, 2004; Kersting, Kroker, Steinhard, Hoernig-Franz, Wesselmann, Luedorff et al, 2009). Estes sintomas podem afetar os sentimentos e respostas maternas (Feldman, Eidelman Sirota, Weller, 2002), bem como a relação mãe-bebê (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte & Martinez, 2004; Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex &

Ansermet, 2003). Em amostras de bebês de pré-termo e de extremo pré-termo, a prevalência de vinculação insegura é superior aquela que é encontrada em amostras com bebês de termo (e.g., Fuertes et al., 2011, Cox et al., 2000).

Na sua investigação, Almeida, et al., (2018) ao comparar as representações maternas em díades com bebês prematuríssimos e díades com bebês prematuros ou pré-termo, constataram que as reações maternas relativamente à prematuridade e ao receio pela vida dos seus bebês são também diferentes, existindo uma maior percentagem de preocupação nas mães dos bebês prematuros comparativamente às mães dos bebês prematuríssimos. Este estudo identificou que as mães que sentiram mais receio durante a gravidez e parto tiveram bebês nascidos com menor peso gestacional, menor idade gestacional e menor APGAR ao 5º minuto.

Pedimos às mães para descreverem o **temperamento do seu bebé ainda com menos de 72 horas de vida e internados na UCIN**. Ora, as mães descrevem características positivas como *bebês lutadores, calmos/tranquilos*, e características associadas à resiliência como *mexidos/irrequietos/traquinas*. Estes 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 et al., 2011; Izard et al., 1991; Kochanska, 1998; Zeanah et al., 1994; Fonagy, Steele & Steele, 1991).

Estes resultados foram igualmente observados por Fuertes e colegas (2019) num estudo longitudinal desenvolvido em Portugal e no Brasil (durante o primeiro ano de vida do bebé), no qual foram comparadas as representações perinatais maternas e a sua associação com a qualidade da interação mãe-filho(a) e com a qualidade vinculação mãe-bebé. Com efeito, os autores verificam que as mães (nos dois países) com representações perinatais mais positivas eram mais sensíveis aos bebês durante o jogo livre aos 9 meses e eram mais propensas a ter os bebês classificados como seguros aos 12 meses.

Contudo, para um grupo de cinco mães ainda é cedo para ler o comportamento dos seus filhos e depreender traços de temperamento. A experiência alterada da maternidade pode ajudar a explicar este facto. Na verdade, as mães visitam o bebé na incubadora e são confrontadas com o bebé real, muitas vezes ventilado, monitorizado, ou intubado (Chatwin & Macarthur, 1993), sendo este acontecimento vivido pelos pais como

um acontecimento potencialmente stressante e traumatizante (Stern et al., 1998; Misund et al., 2014; Mianaei et al., 2014; Gallegos-Martinez et al., 2013).

No que concerne à **percepção materna sobre as capacidades sensório perceptivas do bebé**, as mães reconhecem estas capacidades nos seus bebés. Para a maioria das mães, os seus *bebés já ouvem*. Em contraste, as mães julgam que os seus *filhos não veem*. No entanto, a maioria das mães consideram que os seus filhos *reconhecem a sua presença e apreciam o seu toque*. Na verdade, mesmo o bebé extramente prematuro apresenta estas capacidades ainda com pouco tempo de gestação. Ele é capaz de sentir, sendo o sistema sensorial tátil o primeiro a desenvolver-se (Bystrova, 2009). O bebé extremamente prematuro é também capaz de saborear e cheirar uma vez que os sistemas gustativos e olfativo desenvolvem-se cedo na vida intrauterina. Pelas 20 semanas emergem as papilas gustativas, que são sensíveis a quatro modalidades básicas de sabores: doce, amargo, ácido e salgado. O sistema olfativo, por sua vez, revela-se claramente funcional por volta das 28 semanas de gestação (Liu et al., 2007; Sables-Baus et al., 2013; Coughlin, 2014). Estas capacidades podem permitir respostas de sucção ou de acordar perante odores agradáveis, podendo acontecer também respostas de fuga e de diminuição da sucção/deglutição perante odores desagradáveis (Liu et al., 2007; Sables-Baus et al., 2013; Salihagic-Kadic & Predojevic, 2012; Coughlin, 2014). Relativamente à audição, o sistema auditivo, nomeadamente a morfologia coclear fica completa e inicia a sua função entre as 22 e as 25 semanas de gestação. Às 29 semanas, intensifica-se a mielinização, processo este que termina próximo dos 12 meses (Graven & Browne, 2008). Já o sistema visual é o último a tornar-se totalmente funcional. A estrutura física do olho desenvolve-se precocemente na vida fetal, no entanto, as ligações e componentes neuronais desenvolvem-se na vida neonatal precoce. O desenvolvimento do sistema visual é complexo e particularmente sensível à nutrição pré e pós-natal, assim como à estimulação visual pós-natal (Bremond-Gignac et al., 2011). Em suma, mesmo intuitivamente, a maioria das mães descreve adequadamente as competências sensoriais dos filhos. Não obstante, é importante que os profissionais de saúde abordem e informem os pais destas competências do bebé.

Relativamente ao **período pós-alta**, as mães foram confrontadas com a prestação e cuidados não assistida pelos profissionais de saúde e com adaptação da vida familiar ao

bebé. Neste ponto as perspetivas dividem-se: um grupo reduzido de mães narram o dia da alta do bebé como um dia que é muito *desejado*; para outras, este é *um acontecimento ainda pouco ponderado por considerarem ser uma data ainda longínqua*. Com efeito, alguns bebés de pré-termo ficam internados dois a três meses. Assim, as mães estão focadas em lidar com as exigências do presente. Outras mães, mais otimistas quanto à sua capacidade de lidar com o regresso a casa, não antecipam grandes dificuldades, referindo confiança na sua capacidade para ultrapassar as primeiras dificuldades. Já nos seus estudos Fuertes e colegas (2011), verificaram que as mães dos bebés de pré-termo são mais confiantes na sua capacidade de cuidar dos seus filhos do que as mães dos bebés de termo.

Por fim, pedimos às mães para nos relatarem a sua **perspetiva quanto ao desenvolvimento futuro do bebé**. Algumas mães referem insegurança face à exigência da prematuridade e *receiam complicações respiratórias/doenças/alterações no desenvolvimento*. Similarmente às respostas dadas no ponto - os cuidados a prestar ao bebé em casa - algumas mães não querem antecipar o futuro. Porventura, também esta é uma resposta de trauma. Esta resposta poderá também e ainda ser lida como estratégia de autorregulação materna face à adversidade (Almeida, et al., 2018).

Almeida e colegas (2018) verificaram igualmente que, em comparação com as mães dos bebés de termo, as mães de bebés prematuríssimos têm uma perceção otimista relativamente ao cuidar do bebé em casa e revelam confiança nas suas capacidades. Contudo, as mães dos bebés com extremo baixo peso (média de 800 gr) e extrema idade gestacional (25 semanas ou menos) preferem não antecipar futuras dificuldades. Estes dados são também corroborados por Fuertes e seus pares (2011) que já apontavam para o facto que as mães dos bebés de pré-termo demonstravam confiança na sua capacidade de cuidar dos seus filhos, até mais do que as mães dos bebés de termo.

Em suma, o nosso estudo indica que perante um parto muito prematuro, as mães vivem um choque emocional, com sentimentos contraditórios de alegria e receio. À alegria pela vida do seu bebé contrapõe-se o medo pela sua sobrevivência. A presença de um pai/companheiro bem como da família e amigos constituem uma importante fonte de apoio para a mãe que por sua vez, tem a exigente missão de proteger e de apoiar o desenvolvimento do bebé enquanto desenvolvem uma vinculação com o bebé. As

experiências negativas anteriores aumentam os receios destas mães quanto à saúde e sobrevivência dos seus bebês mas quando pensam nessa sobrevivência consideram-se capazes de cuidar bem dos seus filhos e no regresso a casa esperam superar as dificuldades. Ao refletirem sobre a sua gravidez e parto, as mães destacam elementos negativos mas referindo-se ao temperamento dos seus bebês surgem sobretudo características positivas e associadas à resiliência, fatores muito importantes na construção da vinculação segura. Estes dados, grosso modo, relatam as exigências, contradições e desafios das mães do bebé prematuro. Quando perscrutamos cada história, encontramos respostas maternas diferentes, algumas mães mais apoiadas pelas famílias com posturas mais seguras e resilientes, outras mais isoladas e com um grande acumulo de risco apresentando perspectivas mais aflitas e preocupadas (algumas ainda sem sentimentos de amor para com o bebé), e outras com bebês em elevado risco de vida para quem o choque assume o papel principal, onde só cabe a preocupação presente pela sobrevivência do seu bebé.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação, ainda que indiretamente, pode promover questões e sugestões para a prática. Pela análise dos dados demográficos verificamos que as mães em estudo acumulam vários fatores de risco (e.g., idade materna, escolaridade, historial da gravidez descrições de receio e preocupação durante a gravidez). Ora, em primeiro lugar questionamo-nos sobre a política de apoio à grávida: *Seria possível através de uma rede de serviços, operando numa lógica preventiva, apoiar a saúde física e psicológica da grávida a partir de respostas integradas e sistémicas de saúde, apoio social e familiar? Seria benéfico incluir a grávida nos serviços de intervenção precoce? Seria possível a legislação que regula as práticas de IP incluir o apoio à grávida nos seus objetivos? Seria possível e desejável que os serviços de vigilância de saúde na gravidez sinalizassem as mães em processos de gravidez de risco para os serviços intervenção precoce como uma praticamente estabelecida?* A investigação tem indicado dois aspetos particularmente importantes que contribuem decisivamente para esta discussão. Primeiro, a qualidade de vida e de saúde da grávida afeta de modo decisivo o desenvolvimento embrionário, recentemente compreendida também através de processos epigenéticos (Ventura & Gomes, 2016). Adicionalmente, o apoio dado à grávida correlaciona-se com a diminuição de partos prematuros (Fuertes, Faria, Soares, & Crittenden, 2008).

O presente estudo dá voz à grávida revelando as suas vulnerabilidades e inquietações mas a legislação nacional para a grávida é escassa, pois assegura os seus direitos de licença laboral e oferta de serviços de vigilância mas apresenta um quadro reduzido de respostas para a grávida em risco.

Neste sentido, pensamos que seria interessante a implementação da consulta pré natal no último trimestre de gravidez numa abordagem Touchpoints (Brazelton & Sparrow, 2003), no sentido de proporcionar um acompanhamento mais individualizado à grávida em risco. Esta consulta poderia constituir uma ação preventiva e atempada na área da vinculação dado que este tipo de medidas é considerada fundamental no reforço da saúde e do desenvolvimento do bebé (Lopes dos Santos & Fuertes, 2005).

Num segundo ponto, conhecemos as representações da mãe do recém-nascido extremo e muito pré-termo. Especulamos que a intensidade e a frequência dos

sentimentos de pânico, aflição extrema, preocupação pela sobrevivência do bebê pode assemelhar-se a sintomas de *stress pós-traumático*. Ora, iniciar o processo de vinculação com o bebê neste quadro é um desafio crítico para as mães.

O nosso estudo alerta, uma vez mais, para a necessidade do profissional de psicologia, com formação especializada em vinculação de bebês prematuros, nas unidades de cuidados intensivos neonatais. Este profissional, atendendo aos nossos resultados, teria uma atividade complementar ao profissional de enfermagem: i) informando os pais das competências do bebê; ii) atuando sistemicamente na família – apoiando o pai que na maioria dos casos é a maior fonte de proteção e resiliência da mãe e reunindo em torno dos pais uma rede de apoio social, familiar e clínica; e iii) avaliando as respostas maternas de stress/ansiedade, vinculação e saúde clínica (e.g., depressão materna) e colaborando com os profissionais de saúde na resposta individualizada às mães. A título de exemplo, a metodologia *Canguru* tem sido proposta às mães dos bebês internados nos cuidados neonatais (Fuentes, et al., 2012). Contudo, o tempo e a oportunidade de propor esta técnica deve ser adequada ao momento psicológico vivido pela mãe no período pós-natal.

Na esteira no nosso estudo verificamos também a importância de preparar a alta e de apoiar os pais no regresso a casa. Efetivamente, os pais nos primeiros tempos, conforme dados das nossas entrevistas, parecem querer psicologicamente distanciar-se das questões futuras até sentirem que o bebê está a salvo. No momento em que os pais desejarem preparar-se para as funções parentais futuras, os profissionais dos serviços neonatais devem ter um conjunto de respostas de apoio a esta transição. O projeto “Vamos para casa” (<https://www.vamosparacasa.org/>) é uma tentativa de apoiar os pais com informação e apoio técnico no período da alta.

“Para os pais, descobrir o seu bebê é certamente o maior desafio de toda a sua vida. Descobre-se o que se quer conhecer. É nesse processo de descoberta que reside o mistério em muitas das expressões do destino de cada criança mais tarde adulto, cidadão do mundo e recriador dum novo ciclo existencial” (Gomes-Pedro, 2017, p. 293).

LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS

A primeira limitação a assinalar é o reduzido número de participantes, todavia a presente investigação deve ser compreendida como uma pesquisa exploratória, descritiva e qualitativa para averiguar as representações maternas sobre a gravidez em bebés com menos de 32 semanas de gestação. Em futuros estudos gostaríamos de aliar uma abordagem quantitativa e qualitativa numa amostra maior. Adicionalmente, a presente investigação apresenta as limitações próprias de um estudo com uma única metodologia de investigação (entrevista semidiretiva), não comparando os dados de opinião com dados de observação. No futuro a equipa, procurará estudar igualmente as vivências dos pais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affleck, G., Tennen, H., & Rowe, J. (1991). *Infants in crisis. How parents cope with newborn intensive care and its aftermath*. New York: Springer.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709 - 716.
- Allin, M., Henderson, M., Suckling, J., Nosarti, C., Rush, T., Fearon, P., Stewart, A., Bullmore, E., Rifkin, L. & Murray, R. (2004). Effects of very low birthweight on brain structure in adulthood. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46(1), 46 - 53.
- 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.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R. & Zampino, F. (1992). Representation and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167 - 182.
- Antunes, S., Barbosa, M., Gonçalves, J., Ribeiro, C., Justo, J., Gomes-Pedro, J., Lopes dos Santos, P., Lamônica, D. & Fuertes, M. (2016). Autorregulação e vinculação no primeiro ano de vida do bebé premature: investigação, intervenção precoce e contributos da abordagem Touchpoints. *Diálogos acerca da prematuridade*. Edições Aloendro: Évora.
- Bardin, L (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 LDA.

- Barre, N., Morgan, A., Doyle, L. & Anderson, P. (2011). Language abilities in children who were very preterm and/or very low birth weight: a meta- analysis. *Journal of Pediatrics*, 158, 766 - 774.
- 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.
- Belfort, M., Rifas-Shiman, S., Sullivan, T., Collins, C., McPhee, A., Ryan, P., Kleinman, K., Gillman, M., Gibson, R. & Makrides, M. (2011). Infant growth before and after term: effects on neurodevelopment in preterm infants. *Pediatrics*, 128(4), 899-906. doi: [10.1542/peds.2011-0282](https://doi.org/10.1542/peds.2011-0282).
- Benoit, D., Parker, K. & Zeanah, C. (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 307 - 313.
- Bogdon, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Brazelton, B. & Cramer, B. (1990). *The Earliest Relationship*. Reading, MA: Addison-Wesley/Lawrence.
- Brazelton, T. B. (1992). *O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento* (F. Andersen, Trad.. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, B. & Sparrow, J. (2003). The Touchpoints TM 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.

- Brémond-Gignac, D., Copin, H., Lapillonne, A., & Milazzo, S.; European Network of Study and Research in Eye Development. (2011). Visual development in infants: physiological and pathological mechanisms. *Current Opinion in Ophthalmology*, (22), 1 - 8. doi: [10.1097/01.icu.0000397180.37316.5d](https://doi.org/10.1097/01.icu.0000397180.37316.5d).
- Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C. & Sherman, M. (1989). Attachment - Parental Perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 203 - 221.
- Bowlby, J. (1969, 1982). *Attachment and Loss* (Vol. I). London: Penguin Book.
- Buil, A. (2011). Impacts des expériences sensorielles discontinues sur le développement des prématurés. *Evolutions Psychomotrices*, 23(92), 72 - 82.
- Bystrova, K. (2009). Novel mechanism of human fetal growth regulation: a potential role of lanugo, vernix caseosa and a second tactile system of unmyelinated low-threshold C-afferents. *Medical Hypotheses*, 72(2), 143 - 146.
- 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.
- Chatwin, S., & Mac Arthur, B. (1993). Maternal Perceptions of the Preterm Infant. *Early Child Development and Care*, 87, 69 - 82.
- Colvin, M., McGuire, W. & Fowlie, P. (2004). Neurodevelopmental outcomes after preterm birth. *BMJ Journals*, 329, 1390-3.
- 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.

- Coughlin, M. (2014). *Transformative Nursing in the NICU. Trauma-Informed Age-Appropriate Care*. New York: Springer Publishing Company, ISBN: 978-0-8261-9657-6.
- Cox, S., Hopkins, J. & Hans, S. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: neonatal risk status and maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, 21(6), 464 - 480.
- Cunha, M., Cadete, A., Virella, D. & Grupo do Registo Nacional de Muito Baixo Peso (2010). Acompanhamento dos Recém-nascidos Muito Baixo Peso em Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41, 155 - 61.
- Dall'Oglio, A., Rosiello, B., Coletti, M., Bultrini, M., De Marchis, C., De Ravà, L., Caselli, C., Paris, S. & Cuttini, M. (2010). Do healthy preterm children need neuropsychological follow-up? Preschool outcomes compared with term peers. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52, 955 - 961.
- Di Vitto, B. & Goldberg, S. (1979). The effects of newborn medical status on early parent-infant interaction. In T.M. Field, A. M. Sostek, S. Goldberg & H.H. Shuman (Eds.), *Infants born at risk* (pp.311-332). Jamaica, New York: Spectrum Books.
- Emde, R. N. (1988). Development terminable and interminable: I. Innate and motivational factors from infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 23 - 42.
- 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.

- Feldman, R.; Eidelman, A.I.; Sirota, L.; Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, 110(1), 16 - 26.
- Feldman, R. & Eidelman, A. (2007). Maternal Postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49, 290 - 302.
- Feldman, R. (2009). The development of regulatory functions from birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development*, 80, 544 - 561.
- Field, T. (1979). *Interaction patterns of preterm and term infants*. In T.M. Field, A.M. Sostek, S. Goldberg & H.H. Shuman (Eds.), *Infants born at risk* (pp. 333-356). New York: Spectrum Books.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud (Online)*, 3, 521 - 539.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133 – 154.
- Figueredo, B., & Costa, R. (2009). Mother's stress, mood and emotional involvement with the Infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 143 - 153.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Matern Child Health Journal (Online)*, 13, 539 - 549. doi: [org/10.1007/s10995-008-0312](https://doi.org/10.1007/s10995-008-0312).
- 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), 107 - 114.

- Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M., (1991) Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Society for Research in Child Development*, 62(5), 891 – 905.
- Franz, A., Pohlandt, F, Bode, H., Mihatsch, W., Sander, S., Kron, M. & Steinmacher, J. (2009). Intrauterine, early neonatal, and postdischarge growth and neurodevelopmental outcome at 5.4 years in extremely preterm infants after intensive neonatal nutritional support. *Pediatrics*, 123(1), 101-109. doi: [10.1542/peds.2008-1352](https://doi.org/10.1542/peds.2008-1352).
- 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). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Fuertes, M. (2016). *Pais e filhos crescem juntos*. US: Space Create.
- Fuertes, M. & Lopes dos Santos, P. (2003). Interação mãe-filho e qualidade da vinculação em crianças com alterações neuromotoras. *Psicologia*, 17(1), 43 - 64.
- Fuertes, M., 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](https://doi.org/10.1196/annals.1376.037).
- Fuertes, M., Faria, A., Soares, H. & Crittenden, P. (2008). Mother-child patterns of interaction: the impact of premature birth and social economical background. *Acta Ethologica*, 12(1), 1 - 11.
- 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](https://doi.org/10.1027/10169040.14.4.320).

- Fuertes, M., Faria, A., Fink, N. & Barbosa, M., (2011). Associations among maternal representations at birth and attachment in portuguese dyades with preterm and full term infants. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 79 - 86.
- Fuertes, M., Justo, M., Barbosa, M., Leopoldo, L., Lopes, J., Gomes Pedro, J. & Sparrow, J. (2012). *Infants prematurely born: Socio-emotional Development and Early Intervention*. Diogo Contreiras and Johann Sampaio (Eds.). In *Preterm Infants: Development, Prognosis and Potential Complications* (pp. 100-125). NY: Nova Science Publishers, Inc. ISBN: 978-1-62081-852-7.
- Fuertes, M., Faria, A., Lopes-dos-Santos, P. & Beeghly, M. (2016). The effects of Parental sensitivity and Involvement in caregiving on Mother-infant and Father-infant attachment in a Portuguese Sample. *Journal of Family Psychology*, 30 (1), 147. doi: [10.1037/fam0000139](https://doi.org/10.1037/fam0000139).
- Fuertes, M., Ribeiro, C., Gonçalves, J. L., Rodrigues, C., Beeghly, M., Lopes dos Santos, P., & Lamônica, D., (2019). Maternal perinatal representations and their associations with mother-infant interaction and attachment: A longitudinal comparison of Portuguese and Brazilian dyads. *International Journal of Psychology*. doi: [10.1002/ijop.12577](https://doi.org/10.1002/ijop.12577).
- 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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1590/0104-1169.2970.2375).
- Gomes-Pedro, J. (2017). *Pensar a criança sentir o bebé*. Lisboa: Zero a Oito.

- Goldsmith, H. H. & Alansky, J. A. (1987). Maternal and Infant Temperamental Predictors of Attachment: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology University of Oregon*.
- Graven, S. N. & Browne, J.V. (2008). Sleep and brain development: the critical role of sleep in fetal and early neonatal brain development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 8(4), 173 - 179. doi:10.1053/j.nainr.2008.10.008.
- Greenberg, M. (2005). Enhancing Early Attachment: Synthesis and Recommendations for Research, Practice and Policy. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, Greenberg, M. (Eds). *Enhancing Early Attachments - Theory, Research, Intervention and Policy*, New York: Guilford, 327 - 344.
- 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. doi: 10.1111/nin.12095.
- Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J.& Grossmann, K.E. (1988). Maternal attachment representations as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences* (pp. 241- 260). Oxford: Clarendon.
- Guedeney, A. & Lebovici, S. (1999). *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Harel, J., Oppenheim, D., Tirosh, E. & Gini, M. (1999) Associations between mother-child interaction and children's later self and mother feature knowledge. *Infant Mental Health Journal*. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199922)20:2<123::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-I.

- 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., Haynes, O., Chisholm, G. & Baak, K. (1991). Emotional determinants of infant-mother attachment. *Child Development, 62(5), 906 - 917.* doi: [10.1111/j.1467-8624.1991.tb01579.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01579.x).
- Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Ludorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., et al. (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research, 57, 473 - 476.*
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Hoernig-Franz, I., Wesselmann, U., Luedorff, K., et al. (2009). Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth-a 14-month follow up study. *Archives of Women's Mental Health, 12, 193 - 201.* doi: [10.1007/s00737-009-0063-8](https://doi.org/10.1007/s00737-009-0063-8).
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding*. St. Louis, MO: Mosby.
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1992). *Pais/bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kochanska, G. (1998). Mother-child relationship, child fearfulness, and emerging attachment: a short-term longitudinal study. *Developmental Psychology, 34(3), 480 - 490.*

- Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J., Lehtonen, L. & Grp, P. S. (2009). Attachment representations in mother of preterm infants. *Infant Behavior & Development*, 32(3), 305 - 311. doi: [10.1016/j.infbeh.2009.04.003](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.04.003).
- Krob, A. D. (1999). A transição para a paternidade e a interação pai-bebê. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Lasiuk, G., Comeau, T. & Newburn-Cook, C. (2013). Unexpected: an interpretative description of parental traumas associated with preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1 - 10.
- Lickliter, R., (2000). Atypical perinatal sensory stimulation and early perceptual development. *Developmental psychobiology. Journal of Perinatology*, 20, 45 - 54.
- Lindström, K., Lindblad, F. & Hjern, A. (2011). Preterm birth and attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren. *Pediatrics*, 127, 858 - 65.
- Liu, L., Blackington, P., Martin, M. & Graven. (2007). Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology*. 27, 75 - 93. doi: [10.1038/sj.jp.7211843](https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211843).
- 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.
- Madden, 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 Years*. Massachusetts: The Harvard Common Press.

- Malatesta, C., Culver, C., Tesman, JR., Shepard, B., (1989). *The development of emotion expression during the first two years of life*. *Monogr Soc Res Child Dev* 54(1-2), 1 – 104, discussion 105 - 136.
- Medeiros, J., Zanin, R. & Alves, K. (2009). Perfil do desenvolvimento motor do prematuro atendido pela fisioterapia. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 7, 367 - 372.
- Melo, E., Oliveira, R., Mathias, T. (2015). Factores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4), 540 - 549.
- Meijssen, D.E., Wolf, M.J., Koldewijn, K., Van Wassenaer, A.G., Kok, J.H. & Van Barr, A.I., (2011). Parenting stress in mothers after very preterm birth and the effect of the Infant Behavioral Assessment and Intervention Program. *Child Care Health Development*. 37(2), 195-202. doi: [10.1111/j.1365-2214.2010.01119.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01119.x).
- Mebert, C. J. & Kalinowsky, M. F., (1986). Parents' expectations and perceptions of infant temperament: "Pregnancy status" differences. *Infant Behavior and Development*, 9, 321 - 334.
- Mercer, R. T. & Ferketich, S. L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Nursing & Health*, 18, 333 - 343.
- Mianaei, S., Karahrudy, F., Rassouli, M. & Tafreshi, M. (2014). The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety and participation in NICU wards in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 94 - 100.
- Miles, M., Funk, S. & Carlson, J. (1993). Parental stressor scale: Neonatal intensive care unit. *Nursing Research*, 42, 148 - 152.

- 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: [10.1016/j.earlhumdev.2014.09.008](https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.09.008).
- Misund, A., Nerdrum, P. & Diseth, T. (2014). Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 263. doi: [10.1186/1471-2393-14-263](https://doi.org/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: [org/10.1348/026151009X416429](https://doi.org/10.1348/026151009X416429).
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e 8 meses após o parto. *Análise Psicológica*, XXV, 399 - 413.
- Morawski, Mew., Holditch-Davis, D., Belyea, M., Shandor, M., & Fishel, A., (2003). Correlates of depressive symptoms in mothers of preterm infants. *Neonatal Network*, 5, 51 - 60. doi: [org/10.1891/0730-0832.22.5.51](https://doi.org/10.1891/0730-0832.22.5.51).
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Juanin, L., Borghini, A. & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79, 145 - 158.
- Murphy, D. (2007). Epidemiology and environment factors in preterm labour. *Best Prat Department of Obstetrics and Gynaecology*, 21(5), 773 - 89. doi: [10.1016/j.bpobgyn.2007.03.001](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2007.03.001).
- Olshtain-Mann, O. & Auslander, G. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: Are they still at (parental) risk? *Health and Social Work*, 33(4), 299 - 308.

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016). *Preterm Birth*. doi:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>.

Padovani, F. (2005). Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparada a mães de bebês nascidos a termo. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Padovani, F., Linhares, M., Carvalho, A., Duarte, G. & Martinez, F. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 26, 251 - 254.

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

Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F., (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Child Fetal Neonatal*, 88(5), 400 - 404.

Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.

Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psycho Analysis*, 63, 311-319.

Pines, D. (1988). Adolescent pregnancy and motherhood: A psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 8, 234 - 251.

Pinto, E. B. (2004). Sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 451 - 457.

- Plunkett, J., Meisels, S., Stiefel, G., Pasick, P. & Roloff, D. (1986). Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(6), 794 - 800.
- Poehlmann, J. & Fiese, B. (2001). The interaction of maternal and infant vulnerabilities on developing attachment relationships. *Development and Psychopathology*, 13(1), 1 - 11.
- Rand, K. & Lahav, A. (2014). Maternal sounds elicit lower heart rate in preterm newborns in the first month of life. *Early Human Development*, 90, 679 - 683. doi: [10.1016/j.earlhumdev.2014.07.016](https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.07.016).
- Rathbone, R., Counsell, S., Kapellou, O., Dyet, L., Kennea, N., Hajnal, J., Allsop, J., Cowan, F. & Edward, A. (2011). Perinatal cortical growth and childhood neurocognitive abilities. *Neurology*, 77, 1510 - 1517. doi: [10.1212/WNL.0b013e318233b21](https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318233b21).
- Ricks, M. (1985). The social transmission of parental behavior: Attachment across generations. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research* (pp. 211-227). Monographs of the Society for Research in *Child Development*, 50, 1 - 2.
- Sables-Baus, S., De Santo, K., Henderson, S., Kunz, J., Morris, A., Shields, L., Urbach, C. & McGrath, J. (2013). *Infant-Directed Oral Feeding for Premature and Critically Ill Hospitalized Infants: Guideline for Practice*. Glenview, IL: National Association of Neonatal Nurses.
- Saigal S. & Doyle, L. (2008). An overview of mortality and sequelae of pre-term birth from infancy to adulthood. *Lancet*. 371, 261 - 9.
- Salihagic-Kadic, A. & Predojevic, M. (2012). What we have learned from fetal neurophysiology? Donald School Journal of Ultrasound in *Obstetrics and Gynecology*, 6(2), 179 - 188.

- Sameroff, A. & Fiese, B. (1990; 2000). Transactional regulation and early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. (pp. 135-160). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sansavini, A., Pentimonti J., Justice, L., Guarini, A., Savini, S., Alessandrini, R. & Faldella, G. (2014). Language, motor and cognitive development of extremely preterm children: Modeling individual growth trajectories over the first three years of life. *Journal of Communication Disorders*, 1 - 14.
- Santos, L. M., Oliveira, I. L., Santana, R. C., Oliveira, V. M., & Goes, E. S. O. (2013). Vivências de mães de recém-nascidos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 13, 73 - 81.
- Schaft, R. & Roley, S. (2006). *Sensory Integration: Applying Clinical Reasoning to Practice with Diverse Population*. Austin, (Texas): Proed.
- Silva, A. (2013). *Perfil sensorial nas crianças prematuras* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Lisboa.
- Singer, LT., Fulton, S., Davillier, M., Koshy, D., Salvator, A. & Baley JE. (2003). Effects of infant risk status and maternal psychological distress on maternal-infant interactions during the first year of life. *Behavior Pediatrics*, 24(4), 233 - 241.
- Soares, I., Lopes-dos-Santos, P., Jongenelen, L., Henriques, M., Silva, A., Figueiredo, Costa, O. (1996). A avaliação da vinculação e da regulação autonômica da frequência cardíaca na Situação Estranha. In L. Almeida & I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (IV). Braga: APPORT.
- 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 Aloendro. 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. doi: [10.1002/imhj.20140](https://doi.org/10.1002/imhj.20140).
- 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.
- 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.
- Teixeira, I. & Leal, I.P. (1995). Expectativas e atitudes de mães primíparas com filhos prematuros. *Análise Psicológica*, XIII, 191 - 194. doi: [10.14417/ap.1141](https://doi.org/10.14417/ap.1141).
- Treyvaud, K., Anderson, V.A., Lee, K.J., Woodward, L. J., Newnham, C., & Inder, T.E.. (2010). Parental mental health and early social-emocional development of children born very preterm. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 768 - 777. doi: [10.1093/jpepsy/jsp109](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp109)
- Udry-Jorgensen, L., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Ansermet, M. & 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](https://doi.org/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., Juffer, F., & Klein Poelhuis, C. (2005). Adoption and cognitive development: A meta-analytic comparison of adopted and non-adopted children's IQ and school performance. *Psychological Bulletin*, 131, 301-316. doi: [10.1037/0033-2909.131.2.301](https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.301).
- Ventura, T. & Gomes, M. (2016). *Os Primeiros 1000 Dias Actuar desde a concepção para melhorar a saúde das próximas gerações*. Edição do autor.
- Wille, D. (1991). Relation of preterm birth with quality of mother-infant attachment at one year. *Infant Behaviour Development*, 14, 227 - 240. doi: [10.1016/0163-6383\(91\)90007-F](https://doi.org/10.1016/0163-6383(91)90007-F).
- Wolf, M. Koldewijn, K., Beelen, A., Smi, B., Hedlund, R. & Groot, I. (2007). Neurobehavioral and developmental profile of very low birthweight preterm infants in early infancy. *Acta Paediatrica*, 91, 930 - 938. doi: [10.1111/j.1651-2227.2002.tb02858.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2002.tb02858.x).
- Zarling, C., Hirsch, B. & Landry, S. (1988). Maternal social networks and mother-infant interactions in full term and very low birth weight preterm infant. *Child Development*, 59, 178 - 185. doi: [10.2307/1130399](https://doi.org/10.2307/1130399)
- Zeanah, C.H., Keener, M. A., Stewart, L. & Anders, T. F. (1985). Prenatal perception of infant personality: A preliminary investigation. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 204 - 210.
- Zeanah, C. H., & Barton, M. L. (1989). Introduction: Internal representations and parent-infant relationships. *Infant Mental Health Journal*, 10, 135 - 141. doi: [10.1002/1097-0355\(198923\)10:3<135::AID-IMHJ2280100302>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198923)10:3<135::AID-IMHJ2280100302>3.0.CO;2-H)
- Zeanah, C., Benoit, D., Hirshberg, L., Barton, M. & Regan, C. (1994). Mothers representations of their infants are concordant with infant attachment classifications. *Developmental Issues in Psychiatry and Psychology*, 1, 1 - 14.

Zeanah, C. & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 4, 539 - 554.

ANEXOS

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: Condições médicas e psiquiátricas?.....
Empregada: Desempregada: Baixa médica: Por conta própria/empresário

PAI

Idade..... Escolaridade: Nacionalidade:
Estado Civil: Profissão:.....
Empregado: Desempregado: Por conta própria/empresário

Refugiada Sem estatuto legal

FAMÍLIA

A mãe vive com Conjugue: 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 (desde nº de semanas):.....

Hospitalizações/Internamentos: Medicação na gravidez:

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

Tipo de Parto: Tipo de anestesia Reanimação do bebé:.....

Medicação pós parto: mãe:..... bebé

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

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

Necessidade de ventilação:com infecção aguda/antibióticos:

HABITAÇÃO

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

Anexo 2

A entrevista materna

Fuertes, 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. *Como se sentiu ao longo da gravidez?*
4. *Sentiu-se apoiada durante a gravidez (pelos amigos, parceiro, família)?*

EMOÇÕES NA GRAVIDEZ

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

REAÇÃO À PREMATURIDADE

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

RELAÇÃO COM O RECÉM-NASCIDO

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

CONHECIMENTOS DAS CAPACIDADES SENSORIO PERCEPTIVAS DO BEBÉ

14. *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

15. *Como será cuidar do seu filho(a) quando sair da maternidade (alimentar, limpar e dar mimos)?*
16. *Quais serão as primeiras dificuldades que imagina vir a ter?*