

ESTUDO COMPARATIVO DAS REPRESENTAÇÕES MATE- RNAS EM DÍADES COM BEBÉS DE TERMO, PRÉ-TERMO E EXTREMO PRÉ-TERMO.

Ana Rita Almeida (anaritasilva06@gmail.com)³, Rute Casimiro (rutepatrocinio@gmail.com)³, Sandra Antunes¹, Maria João Alves², Joana Lopes², Camila Ribeiro⁴, Margarida Santos¹, João Moreira¹ e Marina Fuertes^{2,3}

¹ Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia

² Centro de Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

³ Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação/CIED

⁴ Faculdade de Fonologia da Universidade de S. Paulo

O presente projeto foi financiado pelos projetos PTDC/PSI-E-DD/110682/2009 & PTDC/MHC-PED/1424/2014 atribuídos por FCT/FEDER

RESUMO:

As representações das mães acerca dos seus bebês e da maternidade têm sido associadas à vinculação e ao desenvolvimento subsequente do bebê (e.g., Benoit, Parker, & Zeanah, 1997; Fuertes, Faria, Fink & Barbosa, 2011, Kochanska, 1998; Zeanah, Benoit, Hirshberg, Barton, & Regan, 1994). Deste modo, o estudo das representações maternas ganhou importância tanto no campo da investigação na área da relação mãe-filho(a) como na intervenção na maternidade de risco. No caso das mães dos bebês pré-termo (e quando comparadas com as mães dos bebês de termo) verifica-se que estas mães representam o temperamento dos seus filhos de modo menos positivo (e.g., Cox, Hopkins, & Hans, 2000). Todavia, as mães portuguesas dos prematuros, são mais otimistas relativamente às suas capacidades de se relacionarem com os seus bebês (Fuertes et al., 2011). Tendo em conta a pertinência do campo de estudos, quisemos conhecer mais as representações das mães dos bebês nascidos antes das 32 semanas e em risco de problemas de saúde e desenvolvimento, âmbito raramente estudado. No intuito de investigar essas representações procurou-se comparar 40 díades com bebês de extremo pré-termo (idade gestacional inferior a 32 semanas), 40 de pré-termo (nascidos com 32 a 36 semanas de idade gestacional) e 40 de termo (idade gestacional superior a 37 semanas). Para o efeito, as mães foram entrevistadas nas primeiras 72 horas após o nascimento dos seus bebês acerca da gravidez, parto, nascimento antecipado, maternidade e expectativa sobre o futuro desenvolvimento do bebê. Os resultados indicam que as mães dos prematuríssimos descrevem as experiências da gravidez e parto como traumáticas e as mães dos prematuros como uma experiência causadora de ansiedade. As mães dos prematuros estão preocupadas com a saúde e desenvolvimento dos seus filhos, mas acham que serão capazes de desenvolver uma boa relação com eles. Porém, as mães dos bebês de extremo pré-termo estão alarmadas com a sobrevivência dos seus filhos e são as que parecem ter mais dificuldade em antecipar problemas futuros, possivelmente por estarem centradas no período que estão a viver. Curiosamente, as mães dos bebês de termo são as que mais se preocupam com o seu papel materno e com a prestação de cuidados ao bebê. Os dados apontam para a necessidade de oferecer respostas de apoio e aconselhamento diferenciadas às mães dos recém-nascidos, atendendo à idade gestacional do bebê e outros fatores de risco neonatal.

Palavras-Chave: Prematuridade; Representações maternas; Intervenção Precoce

ESTADO DE ARTE

Representações maternas e vinculação

A relação de vinculação é uma relação privilegiada, com um co-específico que perdura no tempo e, sem a qual a criança corre riscos graves de perturbação psicológica (Bowlby, 1969). A forma como mãe e filho constroem interações afetivas, recíprocas e harmoniosas afeta o desenvolvimento do bebé. Com efeito, a investigação identifica associações entre a vinculação e o desenvolvimento infantil, a socialização, o sucesso académico e o bem-estar psicológico das crianças (ver revisão em Faria, Fuertes, & Lopes dos Santos, 2014).

A vinculação tem início num processo biológico ainda prévio ao nascimento, a partir das representações nas quais as mães idealizam o bebé e se preparam para a maternidade. Os pais imaginam um bebé saudável e preparam-se pessoal e familiarmente para o seu nascimento (Stern, 2000). Geralmente pelo 3º trimestre da gravidez a mãe concebe uma ideia mais evidente e elaborada do seu bebé. Alguns estudos sugerem que os movimentos e níveis de atividade fetal, organizados posteriormente em ciclos e padrões, são interpretados pela mãe (Brazelton & Cramer, 1990; Korja, Savonlahti, Haataja, Lapinleimu, Manninen, Piha, Lehtonen, & Grp, 2009), e contribuem para a concretização destas representações maternas. Tais representações, construídas ainda durante o período intrauterino, parecem influenciar a relação entre mãe-bebé (Benoit et al., 1997; Zeanah, et al., 1994).

As representações maternas podem ser entendidas como uma experiência interna e subjetiva por parte da mãe acerca do papel materno, do seu bebé e da sua relação com o seu bebé. Diversos estudos examinaram a natureza, a origem e as implicações do desenvolvimento das representações maternas nas relações de vinculação (Hugh-Bocks, Levendosky, Bogat & von Eye, 2004; Sokolowski, Hans, Bernstein & Cox, 2007; van der Mark, van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2002; Zeanah et al., 1994). A título de exemplo, a ansiedade sentida pela mãe parece contribuir para uma diminuição da sensibilidade materna (Minaei, Karahroudy, Rassouli & Tafreshi, 2014).

O nascimento desencadeia, naturalmente, um confronto entre o bebé imaginado e o bebé real. Nesse momento, as representações pré-natais estão abertas a mudanças, decorrentes da real interação com o bebé e da necessidade de lhe prestar cuidados, levando ao ajustamento das expectativas maternas (Stern, 1998; Fava-Vizziello, Antonioli, Cocci & Invernizzi, 1993), assim como à oportunidade de formar novas e mais precisas representações do recém-nascido “real” (Benoit et al., 1997). O

bebé prematuro pode não ser, em termos de saúde, de aparência física, peso e outros indicadores, correspondente ao bebé idealizado.

As representações maternas equilibradas e positivas, medidas pré e pós-natal, têm sido associadas ao vínculo seguro (Benoit, et al., 1997; Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin & Sherman, 1989; Cox et al., 2000; Izard, Haynes, Chisholm & Baak, 1991; Kochanska, 1998; Zeanah et al., 1994; Korja, et al., 2009). Assim, os bebés cujas mães caracterizam o seu temperamento como mais positivo e estável, tendem a desenvolver um vínculo seguro com as suas mães no final do primeiro ano de vida (Benoit et al., 1997; Bretherton et al., 1989; Cox et al., 2000; Fierres, Lopes dos Santos, Beehly, & Tronick, 2006; 2009, Izard et al., 1991; Kochanska, 1998; Zeanah et al., 1994). Não existe, por ora, nenhum estudo meta-analítico que indique que as representações maternas são um preditor da vinculação segura. Contudo, o corpo de conhecimento acumulado indica-nos a sua relevância na estruturação da vinculação.

O bebé prematuro a desafiar a maternidade

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

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

O nascimento muito ou extremamente prematuro (bebés extremamente prematuros, são os nascidos antes das 28 semanas de gestação e os bebés muito prematuros são os nascidos entre as 28 semanas e

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

Quando comparados com bebés de termo, os bebés de pré-termo são muitas vezes caracterizados como menos organizados, menos atentos (Beckwith & Cohen, 1978; Di Vitto & Goldberg, 1979; Field, 1977; Stevenson, Roach, Ver Haeve & Leavitt, 1990), facilmente excitáveis e mais irritáveis (Als, 1983; Feldman, 2009; Korja et al., 2008; Treyvaud et al., 2010; Wolf et al., 2002).

Adicionalmente, os estudos de observação mãe-filho têm indicado que os bebés de pré-termo são menos envolvidos nas relações sociais e exibem menos afeto positivo (Field, 1977; Harmon & Culp, 1981). Por outro lado, as mães destes bebés são descritas como menos responsivas aos seus sinais, comparativamente às mães dos bebés de termo (Di Vitto. & Goldberg, 1979; Field, 1979; Zarling, Hirsch & Landry, 1988), mostrando-se mais intrusivas e/ou demasiado estimulantes (Feldman & Eidelman, 2007; Field, 1979; Minde, Perrotta & Marton, 1985; Muller-Nix et al., 2004). Embora este comportamento materno tenha sido entendido como tentativas de compensar o comportamento menos responsivo do bebé (ver revisão em Goldberg & Di Vitto, 1995), verifica-se maior variabilidade na sensibilidade materna, co-regulação e interações contingentes nas díades mãe-bebés pré-termo comparativamente às díades com bebés nascidos após as 37 semanas de gestação (Fogel, 1992; Gianino & Tronick, 1988).

Por fim, a investigação na área da autorregulação tem apresentado dados distintos. Nalguns estudos os bebés de pré-termo tendem a apresentar mais dificuldade em recuperar após períodos de stress (e.g., Als, 1983; Feldman, 2009; Treyvaud et al., 2010; Wolf et al., 2002) bem como diferenças maior tensão e reatividade (e.g., Als, 1983; Eckerman, Hsu, Molitor, Leung, & Goldstein, 1999; Feldman, 2009). Montirosso et

al. (2010), numa pesquisa acerca das competências de autorregulação, verificaram que os bebês de pré-termo e dependem mais de estratégias de regulação externa (i.e., da mãe ou do cuidador), comparativamente aos bebês de termo. Desta forma, o estilo interativo da mãe, especificamente no que respeita à sua resposta adequada e sensível durante os momentos de stress, podem ser estruturantes e um apoio fundamental para a autorregulação do bebê (Braungart-Rieker, Garwood, Powers, & Wang, 2001; Conradt & Ablow, 2010; Gable & Isabella, 1992). Porém, num estudo realizado em Portugal, Fuertes e equipa verificam que os bebês não têm problemas de auto-regulação mas antes uma auto-regulação distinta (Fuertes et al., 2006, 2009; Fuertes, Lopes dos Santos, Beeghly, & Tronick 2012). Com efeito, através de uma análise micro-analítica composta fatorialmente e, posteriormente, por análise de narrativas os autores supracitados descreveram um tipo de auto-regulação orientada para o auto-conforto que permite ao bebê desde cedo recorrer aos seus recursos internos para se auto-regulação. Deste modo, o bebê organiza comportamentos auto-protetivos e organizados para lidar com a intrusividade dos cuidados neonatais. Não obstante, existe uma elevada associação entre estas respostas e a vinculação insegura evitante (Fuertes et al., 2006, 2009, 2012).

No que respeita à vinculação, os estudos são igualmente divergentes quanto à prevalência da vinculação insegura em bebês nascidos de pré-termo. Numa revisão sistemática com 29 estudos (Korja, Latva, & Lehtonen, 2012), foram encontradas diferenças em aproximadamente metade dos estudos entre as díades mãe-bebê pré-termo e termo, nomeadamente, nos padrões de comportamento interativos, nos afetos e no aumento da prevalência do padrão de vinculação infantil inseguro nos bebês de pré-termo. Contrariamente, outros estudos indicam que a distribuição das classificações de vinculação maternas (Korja, et al., 2009), as classificações de vinculação infantil (Pederson, & Moran, 1996) e as relações de vinculação mãe-bebê (Pederson & Moran, 1995) não diferem entre o grupo experimental pré-termo e o grupo de controlo de termo (Borghini et al., 2006; Forcada-Guex et al., 2006). Na verdade, a chave de explicação deste problema está em que, a prematuridade não é em si um fator de risco para a qualidade de vinculação, mas é agravada por fatores riscos e complicações (e.g., a hemorragia intracraniana) associados ao nascimento prematuro (Cox et al., 2000) ou a fatores de risco associados à família como problemas económicos (e.g., Borghini et al., 2006; Fuertes et al., 2008; Wille, 1991,) e baixa escolaridade (e.g., Fuertes et al., 2009). Existem ainda outras variáveis que podem agravar a probabilidade de vinculação insegura, tais como a maternidade na adolescência (e.g., van IJzendoorn et al., 1992), a doença mental materna (e.g., Brandon, Tully, Silva, Malcolm, Murtha,

Turner, & Holditch-Davis, 2011), a baixa sensibilidade materna (Fuertes et al., 2009). O impacto destas variáveis sugere-nos o peso dos fatores maternos na organização dos processos de vinculação. No contexto dos fatores, encontram-se as representações maternas acerca bebé e maternidade, que corroboram a ideia de que as variáveis maternas podem exercer maior influência do que as variáveis da criança na qualidade da vinculação (e.g., Fuertes, et al., 2011, Borghini et al., 2006; Evans, Whittingham, & Boyd, 2012; Korja et al., 2009, van IJzendoorn et al., 1992).

Representações das mães dos bebés de pré-termo

Embora o papel das representações maternas na vinculação mãe-filho(a) tenha sido alvo de investigação, poucos têm sido os estudos sobre as representações das mães nos primeiros dias após o parto em bebés de pré-termo. A maioria dos estudos ocorre durante o período pré-natal ou durante a infância (e.g., aos 3, 6 ou 9 meses). Além disso, apenas alguns estudos compararam as representações maternas em díades com recém-nascidos de pré-termo e termo (Fuertes et al., 2011).

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

Presente Estudo. Com este estudo pretende-se averiguar e comparar as representações maternas acerca da gravidez, nascimento, maternidade e desenvolvimento dos filhos em díades com bebés de termo (IG superior a 36 semanas), de pré-termo (IG entre as 32 e 36 semanas) e de

extremo pré-termo (IG inferior a 32 semanas). Para o efeito, as representações maternas em estudo foram estudadas a partir de uma entrevista (ver anexo), realizada até às 72 horas de vida do bebé. A entrevista materna foi previamente desenvolvida e testada numa amostra de bebés de pré-termo (Fuentes, 2005). Especificamente, pretende-se:

Conhecer a reação materna à notícia da gravidez;

Perceber até que ponto a gravidez foi ou não foi desejada;

Recolher, ainda que retrospectivamente, informação acerca dos sentimentos, receios e expectativas que acompanharam o processo da gestação;

Averiguar a qualidade percebida do suporte médico e familiar prestado à gestante;

Conhecer a reação à notícia da prematuridade do parto;

Investigar as primeiras reações e sentimentos de ligação ao bebé;

Conhecer as expectativas e conhecimentos da mãe relativamente ao comportamento e às capacidades sensoriais e perceptivas do seu bebé;

Indagar as expectativas relativamente à prestação de cuidados à criança, após alta da unidade de cuidados neonatais.

MÉTODOS

Participantes

Neste estudo foram comparadas três grupos independentes: uma amostra constituída por 40 mães e seus bebés, nascidos de termo (IG superior a 36 semanas), recolhida num estudo prévio realizado no Hospital de São João, no Porto; uma amostra de 40 mães e seus bebés, nascidos de extremo pré-termo (IG inferior a 32 semanas), que se encontravam internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), em Lisboa; e uma amostra constituída por 40 mães e seus bebés, nascidos de pré-termo (IG entre as 32 e 36 semanas), recolhida no Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos.

O recrutamento dos recém-nascidos obedeceu aos seguintes crité-

rios:

a) idade gestacional: abaixo das 32 semanas de gestação – para os bebês nascidos de extremo pré-termo; entre as 32 e 36 semanas de gestação – para os bebês nascidos de pré-termo; superior a 36 semanas – para os bebês, nascidos de termo;

b) não apresentarem malformações congénitas ou doenças genéticas;

O recrutamento das mães exigiu que:

a) não houvesse referência a psicopatologia materna ou paterna;

b) não houvesse suspeita de abuso de álcool ou drogas por parte dos pais.

Relativamente ao **género do bebé** as três amostras podem considerar-se igualmente distribuídas (ver tabela 1), exceto para uma pequena diferença na amostra de termo.

		Género do bebé		Total
		Masculino	Feminino	
Amostra	Termo	17	23	40
	Pré-termo	20	20	40
	Extremo pré-termo	20	20	40
	Total	57	63	120

Tabela 1 - Frequência de bebês do género masculino e feminino de acordo com as amostras em estudo.

Sobre a nacionalidade das mães participantes em cada uma das amostras regista-se que 33 (82.5%) das mães dos bebês de termo é de nacionalidade portuguesa e 7 (17.5%) de outras nacionalidades; 40 (100%) das mães dos bebês de pré-termo é de nacionalidade portuguesa; e 30 (75%) mães dos bebês de extremo pré-termo é de nacionalidade portuguesa e 10 (25%) de outras nacionalidades. Da amostra total verifica-se que 85.8% das mães da amostra total é de nacionalidade portuguesa e apenas 14.17% de outra nacionalidade (ver tabela 2).

		Nacionalidade		Total
		Nacionalidade Portuguesa	Outra Nacionalidade	
Amostra	Termo	33	7	40
	Pré-termo	40	0	40
	Extremo pré-termo	30	10	40
	Total	103	17	120

Tabela 2 - Frequência das nacionalidades materna, de acordo com as amostras em estudo.

Conforme apontam os dados da tabela 3, referentes ao tipo de Parto, existe um maior número de partos distócicos nos grupos de bebês de pré-termo e extremo pré-termo (bebês de pré-termo 72.5% e bebês de extremo pré-termo 67.5%), comparativamente ao número de partos eutócicos (pré-termo 27.5% e extremo pré-termo 32.5%) em ambas as amostras. Relativamente à amostra de bebês de termo o número de partos distócitos e eutócitos é o mesmo.

Tabela 3 - *Frequência de casos em função do tipo de parto, de acordo com as amostras em estudo.*

		Parto		
		Eutócico	Distócico	Total
Amostra	Termo	20	20	40
	Pré-termo	11	29	40
	Extremo pré-ter- mo	13	27	40
	Total	44	76	120

Salientamos que os partos dos prematuríssimos ocorreram em: 14 casos por rutura da membrana; 6 por atraso de crescimento intra-uterino; 6 por descolamento da placenta; 3 por dilatação precoce; 3 por pré-eclampsia; 2 por contratibilidade; 2 por bradicardia do bebê; 2 por infeção; 2 por fluxometria alterada. Neste grupo, seis mães recorreram a FIV para engravidar. Os partos prematuros deveram-se a: rutura da membrana em 11 casos; infeção em 6; pré-eclampsia em 6; perda de líquido amniótico em 5; atraso de crescimento intra-uterino em 3; descolamento da placenta em 3; dilatação precoce em 5 e um por bradicardia do bebê. Duas mães recorreram a FIV para engravidar neste grupo.

Pela análise da tabela 4, conforme esperado e definido em critérios amostrais, os bebês de extremo pré-termo apresentam valores médios inferiores em todos os indicadores (APGAR ao 1º e 5º minutos; Idade Gestacional; Peso gestacional) comparativamente aos bebês termo e pré-termo. Relativamente aos dados demográficos, na maioria dos casos as amostras não se distinguem exceto para a média de irmãos. Os bebês de termo (média: 1.33) e extremo pré-termo (média: 1.37) têm mais irmãos em relação aos bebês de pré-termo (média: 0.38). Os restantes dados podem ser consultados na tabela 4.

	Amostra	N	Min	Max	M	DP
Apgar ao 1º minuto	Termo	40	2	10	8.60	1.61
	Pré-termo	40	2	9	7.88	1.786
	Extremo pré-termo	40	1	9	5.98	2.412
Apgar ao 5º minuto	Termo	40	8	10	9.85	.427
	Pré-termo	40	7	10	9.25	.87
	Extremo pré-termo	40	2	10	8.10	1.392
Idade gestacional do bebê	Termo	40	36	41	38.800	1.1591
	Pré-termo	40	31	36	34.350	1.597
	Extremo pré-termo	40	23.5	32.5	28.860	2.5676
Peso gestacional do bebê em gramas	Termo	40	2345	4190	3238.13	403.621
	Pré-termo	40	1435	2890	2141.25	405.837
	Extremo pré-termo	40	582	1930	1156.20	394.158
Número de irmãos do bebê	Termo	40	0	3	1.33	.572
	Pré-termo	40	0	2	.38	.586
	Extremo pré-termo	40	0	4	1.37	1.353
Nº de filhos da mãe	Termo	40	0	3	1.33	.572
	Pré-termo	40	1	4	1.34	.99
	Extremo pré-termo	40	0	5	1.42	1.299
Idade da mãe	Termo	40	16	43	25.25	6.332
	Pré-termo	40	18	42	29.57	6.018
	Extremo pré-termo	40	21	46	34.15	5.447
Idade do pai	Termo	40	17	54	27.76	7.97
	Pré-termo	40	21	48	29.95	5.733
	Extremo pré-termo	40	27	56	36.93	7.241
Anos de escolaridade da mãe	Termo	40	6	15	11.37	2.108
	Pré-termo	40	4	19	10.01	3.23
	Extremo pré-termo	40	4	18	12.60	3.55
Anos de escolaridade do pai	Termo	40	7	15	10.86	2.016
	Pré-termo	40	3	17	9.16	5.411
	Extremo pré-termo	40	4	18	12.07	3.675

Tabela 4 - Médias, desvios padrões e valores do teste de t-student para a comparação de médias relativamente aos dados demográficos dos bebês e das suas famílias de acordo com as amostras em estudo.

Procedimentos

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

Num primeiro momento após o parto uma investigadora assistente contactou as potenciais mães participantes e explicou o propósito e procedimentos do estudo. Para se determinar a elegibilidade das mães para o estudo foi preenchida uma ficha de anamnese para recolha dos dados demográficos (i.e., dados pessoais da mãe e do pai, agregado familiar, condições da habitação), informação pré-natal, perinatal e pós-natal (i.e., nº de gestações anteriores, nº de partos, acompanhamento médico, tipo de parto, intercorrências no parto, situação clínica do bebé no momento do parto, duração do internamento, cuidados especiais, alimentação do bebé) e situação após alta hospitalar (i.e., rotinas do bebé, socialização, higiene, alimentação, sono, choro, comportamento/temperamento do bebé), a qual foi complementada através do registo médico hospitalar da situação clínica a respeito das condições pré-natal e perinatal relevante para o estudo. Estes dados demográficos foram usados nas análises uni e multivariadas.

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

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

famílias em qualquer momento.

Análise dos dados

Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva e inferencial usando a versão 22 do programa SPSS. A estatística descritiva foi usada para calcular as médias e os respetivos desvios padrão dos dados demográficos e da frequência das respostas maternas na entrevista. A estatística inferencial foi usada para calcular as diferenças de médias entre as variáveis dicotómicas e pontuação dos itens das escalas. O nível de significância foi assumido a .05 e a normalidade da distribuição das variáveis foi testada para efeitos de decisão entre estatística paramétrica e não paramétrica.

RESULTADOS

Apresentação dos resultados acerca das representações maternas dos bebés de termo, pré-termo e extremo pré-termo, recolhidas na entrevista.

No que respeita ao **desejo da gravidez**, a incidência das mães que desejaram a gravidez é maior nas mães dos bebés de pré-termo (77.5%), mas também a maioria das mães dos bebés de extremo pré-termo desejou a sua gravidez (65%). A maioria das mães dos bebés de termo afirmou ter sido uma gravidez não desejada 60% (ver tabela 5).

		Gravidez desejada			Total
		Não	Sim	Ambivalência	
Amostra	Termo	24	16	0	40
	Pré-termo	9	31	0	40
	Extremo pré-termo	13	26	1	40
	Total	46	73	1	120

Tabela 5 - Frequência de respostas maternas à questão "gravidez desejada", de acordo com as amostras em estudo.

A boa **aceitação da gravidez** obtém valores muito semelhantes nos três grupos, i.e., grande maioria das mães aceitou bem a sua gravidez 95%. O grupo das mães dos bebés de extremo pré-termo 5% tem sentimentos de ambivalência relativamente a esta aceitação. A não aceitação da gravidez encontra-se em 5% das mães dos bebés de termo e dos bebés de pré-termo (ver tabela 6).

Tabela 6 - *Frequência das respostas maternas à aceitação da gravidez, de acordo com as amostras em estudo.*

		Aceitou bem a gravidez			Total
		Não	Sim	Ambivalência	
Amostra	Termo	2	38	0	40
	Pré-termo	2	38	0	40
	Extremo pré-termo	0	38	2	40
Total		4	114	1	120

Todas as mães dos bebês de termo sentiram-se apoiadas durante a gravidez, seja pelos profissionais de saúde, seja pela família/amigos. Também 92.5% das mães dos bebês de pré-termo e 85% das mães dos bebês de extremo pré-termo sentiram esse apoio. As mães que só em parte sentiram esse apoio correspondem a 12.5% na amostra dos bebês de extremo pré-termo, e 5% na amostra dos bebês de pré-termo. Só uma mãe de um bebê de pré-termo e outra mãe de um bebê de termo não se sentiram apoiadas (ver tabela 7).

Tabela 7 - *Frequência das percepções maternas relativamente ao apoio recebido durante a gravidez, de acordo com as amostras em estudo.*

		Foi apoiada durante a gravidez			Total
		Não	Sim	Em parte	
Amostra	Termo	0	40	0	40
	Pré-termo	1	37	2	40
	Extremo pré-termo	1	34	5	40
Total		2	111	7	120

Quanto à **reação à notícia da prematuridade**, os dados mostram que 70% (N=28) das mães dos bebês de pré-termo temeu pela vida do seu bebê aquando da notícia de parto pré-termo, embora as restantes mães 30% (N=12) tenham respondido não ter temido. No grupo das mães dos bebês de extremo pré-termo cerca de metade referiu o sentimento de choque/pânico 47.5% inexistente no grupo das mães dos bebês de pré-termo. Curiosamente, 30% das mães dos bebês de pré-termo e 17.5% das mães dos bebês de extremo pré-termo demonstraram grande confiança afirmando não recear pela vida do bebê (ver tabela 8).

Tabela 8 - *Frequência das reações maternas à notícia do nascimento antecipado/ prematuridade, de acordo com as amostras em estudo.*

		Quando soube que o seu bebê ia nascer antes do termo temeu pelo bebê			Total
		Não	Sim	Choque/pânico	
Amostra	Termo				
	Pré-termo	12	28	0	40
	Extremo pré-termo	7	14	19	40
Total		19	42	19	60

A grande maioria das mães dos bebês de pré-termo (80%) afirmou **ter sentido amor pela primeira vez pelo seu bebê** no momento em que lhe foi dada a notícia da gravidez. Assim acontece também com a maioria das mães dos bebês de termo (52.5%) e com 45% das mães dos bebês de extremo pré-termo. As restantes respostas repartem-se sem diferenças assinaláveis pelos vários momentos, para os três grupos da amostra, embora o momento do nascimento pese mais nas mães dos bebês de termo e dos bebês de extremo pré-termo (17.5%). Nos três grupos, só uma mãe de um bebê de termo, uma mãe de um bebê de pré-termo e duas mães dos bebês de extremo pré-termo mencionaram ainda não terem sentido amor pelo seu bebê (ver tabela 9).

Quando é que sentiu amor pela primeira vez pelo seu bebê

		Não identifica	Notícia da gravidez	Crescimento da barriga	Na ecografia	No nascimento	Sentir mexer pela 1ª vez	Na incubadora	Total
Amostra	Termo	1	21	3	4	7	4	0	40
	Pré-termo	1	32	2	1	3	1	0	40
	Extremo pré-termo	2	18	6	2	7	3	2	40
	Total	4	71	11	7	17	8	2	120

Tabela 9 - Frequência das respostas maternas à questão "Quando sentiu amor pelo seu bebê pela 1ª vez?", de acordo com as amostras em estudo.

Quase todas as mães dos bebês de termo (95%) consideraram não ter tido **reação ao primeiro afastamento**. Mais de metade das mães dos bebês de pré-termo sentiu sofrimento/medo/culpa (55%) como reação ao primeiro afastamento. As respostas das mães dos bebês de extremo pré-termo dividem-se equitativamente entre sentimento de sofrimento/medo/culpa (47.5%) e sentimento de pena/aceitação (45%). Tanto no grupo das mães dos bebês de pré-termo como no grupo das mães dos bebês de extremo pré-termo há mães que não sabem identificar o que sentiram aquando do primeiro afastamento (15%) (ver tabela 10).

Reação ao primeiro afastamento

		Não sei	Sufrimento/medo/culpa	Pena, mas aceitou bem	Não houve	Total
Amostra	Termo	0	2	0	38	40
	Pré-termo	3	22	12	3	40
	Extremo pré-termo	3	19	18	0	40
	Total	6	43	30	41	120

Tabela 10 - Frequência das reações maternas ao primeiro afastamento do seu bebê, de acordo com as amostras em estudo.

A maioria das mães dos bebês de termo caracterizou o **temperamento** do seu filho(a) como calmo (65%), embora 22.5% o tenha descrito como agitado/chorão. Cerca de metade das mães dos bebês de pré-termo (52.5%) identificou-o como calmo e um quarto não soube

como o descrever. As mães dos bebês de extremo pré-termo apresentaram respostas muito dispersas acerca do temperamento do seu bebê, i.e., algumas caracterizaram-no como calmo (30%), outras como agitado/chorão (27.5%), outras não souberam como descrevê-lo (40%) (ver tabela 11).

Tabela 11 - *Frequência das representações maternas do temperamento do seu bebê, de acordo com as amostras em estudo.*

		Caracterização do temperamento do bebê				Total
		Não sei	Calmo	Agitado/chorão	Não Misto	
Amostra	Termo	0	26	9	5	40
	Pré-termo	10	21	4	5	40
	Extremo pré-termo	16	12	11	1	40
	Total	26	59	24	11	120

Nos três grupos, as mães reconheceram ter as competências necessárias para **cuidar do seu bebê** e estavam otimistas quanto ao futuro. Assim, 50% das mães dos bebês de termo, 75% das mães dos bebês de pré-termo e 50% das mães dos bebês de extremo pré-termo, responderam vai ser bom e vai correr bem. As mães que mencionaram que será difícil e se manifestaram dispostas a aprender são 25% das mães dos bebês de extremo pré-termo, 12.5% das mães dos bebês de pré-termo e 4% das mães dos bebês de termo. 30% das mães dos bebês de termo disse sentir medo e não saber como irá cuidar do seu bebê, enquanto apenas 4% das mães dos bebês de extremo pré-termo e 5% das mães dos bebês de pré-termo o assinalou. As mães que disseram não saber como será cuidar do seu bebê são 17.5% para os bebês de termo, 7.5% para os bebês de pré-termo e 12.5% para os bebês de extremo pré-termo (ver tabela 12).

Tabela 12 - *Frequência das representações maternas relativamente às capacidades para cuidar do seu bebê, de acordo com as amostras em estudo.*

		Como será cuidar do seu bebê					Total
		Não sei	Bom e vai correr bem	Difícil e vou aprender	Sinto medo de não saber	Não quero pensar nisso agora	
Amostra	Termo	7	20	3	4	7	40
	Pré-termo	3	30	2	1	3	40
	Extremo pré-termo	5	20	6	2	7	40
	Total	15	70	11	7	17	120

Sobre as possíveis dificuldades no futuro, a grande maioria das mães de bebês de termo considerou que iria ter dificuldades, mas pediria ajuda (65%), e cerca de um terço estava confiante que não teria dificuldades (32.5%). Mais otimista esteve a metade das mães dos bebês de pré-termo que considerou que não teria dificuldades (50%) embora um quarto atente vir a ter imensas dificuldades (25%). Por fim, no grupo das mães dos bebês de extremo pré-termo a diversidade de respostas é grande repartindo-se entre as que referiram não saber responder a esta questão (37.5%) ou não querer pensar sobre o assunto (20%), e as que considerem a possibilidade de contar com ajudas caso surjam dificuldades (22.5%) (ver tabela 13).

		Como será cuidar do seu bebê					
		Não sei	Nenhumas	Algumas, mas pedirei ajudas	Antecipa imensas dificuldades	Não quero pensar nisso agora	Total
Amostra	Termo	0	13	26	1	0	40
	Pré-termo	4	20	6	10	0	40
	Extremo pré-termo	15	8	9	0	8	40
	Total	19	41	41	11	8	120

Tabela 13 - *Frequência das representações maternas acerca das dificuldades no futuro com o seu bebê, de acordo com as amostras em estudo.*

Influência das variáveis demográficas nas representações maternas dos bebês de termo, de pré-termo e de extremo pré-termo

Quisemos compreender a relação entre as respostas dadas e os dados demográficos. No entanto, o valor nalgumas categorias de resposta em cada amostra era baixo e, por essa razão, reunimos os dados das três amostras (falisados em conjuntamente) e recorreremos ao teste estatístico para comparação de médias – t-student para amostras independentes para comparar duas respostas de cada vez (e.g., senti-me apoiada durante gravidez versus não me senti apoiada) e aferir se a média dos fatores gestacionais, familiares e outros se diferenciava conforme a resposta dada. Este tipo de estatística aumenta o erro do tipo I de análise, mas permite detalhar a comparação dos dados que nos importa compreender.

Através da leitura da tabela 14, relativa às respostas quanto à gravidez desejada e a sua relação com as variáveis demográficas, verifica-se que existem diferenças significativas entre as representações maternas quanto às variáveis – idade gestacional do bebê, peso gestacional do bebê; Apgar ao 5º minuto, número de irmãos do bebê e a escolaridade paterna. Os dados indicam que as participantes que desejaram a sua gravidez em comparação com aquelas que não desejaram tinham

bebés com menor idade gestacional e menor peso gestacional e adicionalmente, tinham menos filhos e menos anos de escolaridade.

	Gravidez Desejada	N	Média	DP	t	P
Idade gestacional do bebé	Sim	73	33.389	4.21	-2.135	0.035
	Não	47	35.119	4.51		
Peso gestacional do bebé em gramas	Sim	73	2024.77	916.25	-2.595	0.011
	Não	47	2469.68	917.48		
Apgar 1º minuto	Sim	73	7.27	2.40	-1.382	0.17
	Não	47	7.85	1.95		
Apgar 5º minuto	Sim	73	8.86	1.39	-2.440	0.016
	Não	47	9.40	0.77		
Número de irmãos do bebé	Sim	73	0.75	0.86	-4.026	0.000
	Não	46	1.48	1.09		
Escolaridade Materna	Sim	73	8.40	5.19	1.750	0.08
	Não	47	9.98	4.20		
Idade Materna	Sim	73	28.86	6.40	-0.42	0.97
	Não	47	28.81	7.58		
Escolaridade Paterna	Sim	73	8.01	4.90	-1.948	0.054
	Não	43	9.77	4.28		
Idade Paterna	Sim	73	31.95	8.00	0.581	0.562
	Não	43	31.05	8.10		

Tabela 14 - Estatística descritiva dos dados relativos à relação entre a questão sobre a "Gravidez Desejada" e os dados demográficos, de acordo com as amostras em estudo.

Quando comparamos o conjunto das mães que responderam **ter e não ter sentido** receio pelo bebé quando receberam a notícia do seu nascimento, verifica-se que as mães que **sentiram medo** são mais velhas, mas os pais são mais novos (ver tabela 15) e ambos tinham menos escolaridade. Por seu lado, os bebés das mães que sentiram medo apresentam menor idade gestacional e menor peso gestacional, bem como valores de Apgar mais baixos (ao 1º e 5º minuto) do que as mães que não sentiram medo.

	Quando soube que ia nascer o seu bebé temeu pelo seu filho(a)?	N	Média	DP	t	P
Idade gestacional do bebé	Sim	44	32.870	3.11	-5.444	0.000
	Não	58	36.662	3.74		
Peso gestacional do bebé em gramas	Sim	44	1857.70	625.11	-6.213	0.000
	Não	58	2791.29	834.44		

Apgar 1º minuto	Sim	44	7.48	1.71	-6.213	0.000
	Não	58	7.98	2.19		
Apgar 5º minuto	Sim	44	8.91	1.01	-3.540	0.001
	Não	58	9.53	0.78		
Número de irmãos do bebé	Sim	44	0.91	1.24	-1.271	0.207
	Não	58	1.18	0.87		
Escolaridade Materna	Sim	44	6.80	4.29	-3.036	0.004
	Não	57	9.71	4.29		
Idade Materna	Sim	44	29.14	6.40	1.502	0.136
	Não	58	27.09	7.13		
Escolaridade Paterna	Sim	69	7.49	4.90	-2.095	0.039
	Não	10	11.00	5.31		
Idade Paterna	Sim	69	31.00	7.96	-1.833	0.071
	Não	10	36.00	8.78		

Tabela 15 - Estatística descritiva dos dados relativos à relação entre a questão “Quando soube que ia nascer o seu bebé temeu pelo seu filho(a)?” e os dados demográficos, de acordo com as amostras em estudo.

Os nossos dados indicam que as mães que referiram ter **sentimentos de choque/pânico** pelo nascimento do seu bebé eram mães mais velhas, com mais anos de escolaridade, o seu bebé tem idade gestacional e peso gestacional mais baixo do que as mães **que não temeram pelo seu bebé** (ver tabela 16). Pela média do peso e idade gestacional (M PG=1107.84; M IG=28.41) associada ao respetivo desvio padrão podemos considerar que estas respostas são dadas pelas mães dos prematúrrimos. Igualmente o Apgar (1º e 5º minuto) era mais baixo e os bebés tinham menos irmãos do que no conjunto das mães que Não sentiram medo pelo seu bebé.

	Quando soube que o seu bebé ia nascer temeu pelo seu filho(a)?	N	Média	DP	t	P
Idade gestacional do bebé	Choque/pânico	19	28.405	2.59	-8.931	0.000
	Não	58	36.662	3.74		
Peso gestacional do bebé em gramas	Choque/pânico	19	1107.84	349.479	-8.522	0.000
	Não	58	2791.29	834.44		
Apgar 1º minuto	Choque/pânico	19	6.00	2.85	-3.174	0.002
	Não	58	7.98	2.19		
Apgar 5º minuto	Choque/pânico	19	8.00	1.86	-5.120	0.000
	Não	58	9.53	0.78		
Número de irmãos do bebé	Choque/pânico	19	0.84	0.83	-1.463	0.148
	Não	57	1.18	0.87		

Tabela 16 - Estatística descritiva dos dados relativos à relação entre a questão "Quando soube que ia nascer o seu bebé temeu pelo seu filho(a)?" e os dados demográficos, de acordo com as amostras em estudo.

Escolaridade Materna	Choque/pânico	19	12.21	2.30	-3.967	0.00
	Não	58	9.71	4.29		
Idade Materna	Choque/pânico	19	33.95	4.17	-3.967	0.00
	Não	58	27.09	7.13		
Escolaridade Paterna	Choque/pânico	19	11.58	2.34	2.064	0.043
	Não	54	9.50	4.15		
Idade Paterna	Choque/pânico	19	36.47	5.11	-1.833	0.000
	Não	54	30.54	9.47		

As mães que não anteciparam qualquer dificuldade em relação ao futuro eram mais novas e com menor escolaridade, e o seu bebé tinha maior idade gestacional, maior peso gestacional, e valores mais elevados de Apgar (1º e 5º minuto) comparativamente às mães que responderam *Não sei* a esta questão (ver tabela 17).

	Dificuldades no futuro	N	Média	DP	t	P
Idade gestacional do bebé	Não sei	19	29.911	3.47	-5.083	0.000
	Nenhumas	41	34.854	3,53		
Peso gestacional do bebé em gramas	Não sei	19	1261.74	504.22	-4.892	0.000
	Nenhumas	41	2377.17	910.65		
Apgar 1º minuto	Não sei	19	6.05	2.17	-3.465	0.001
	Nenhumas	41	7.98	1.92		
Apgar 5º minuto	Não sei	19	7.89	1.76	-4.558	0.000
	Nenhumas	41	9.41	0.84		
Número de irmãos do bebé	Não sei	19	1.00	1.20	-0.253	0.801
	Nenhumas	41	1.07	0.96		
Escolaridade Materna	Não sei	19	10.47	5.46	2.651	0.010
	Nenhumas	41	7.05	4.24		
Idade Materna	Não sei	19	30.53	5.63	1.128	0.264
	Nenhumas	41	28.59	6.44		
Escolaridade Paterna	Não sei	19	9.32	5.36	1.805	0.076
	Nenhumas	40	6.95	4.37		
Idade Paterna	Não sei	19	34.42	7.57	1.527	0.132
	Nenhumas	40	31.30	7.23		

Tabela 17 - Estatística descritiva dos dados relativos à relação entre a questão "Dificuldades no Futuro" e os dados demográficos, de acordo com as amostras em estudo.

Quando comparamos o conjunto de mães que respondeu que será **difícil cuidar do meu bebê, mas vou aprender versus bom e vai correr bem** aduzimos que as mães que mencionaram que será difícil cuidar do seu bebê, mas que iriam aprender, são mais velhas e com mais anos de escolaridade, por sua vez os seus bebês tinham menor idade gestacional e menor peso gestacional, bem como menores valores de Apgar (1º e 5º minuto – dados na tabela 18).

	Como será cuidar do seu bebê	N	Média	DP	t	P
Idade gestacional do bebê	Difícil e vou aprender	17	30.712	4.56		
	Bom e vai correr bem	70	34.214	3.87	-3.237	0.002
Peso gestacional do bebê em gramas	Difícil e vou aprender	17	1261.74	900.30		
	Bom e vai correr bem	70	2377.17	890.17	-2.725	0.008
Apgar 1º minuto	Difícil e vou aprender	17	6.82	2.16		
	Bom e vai correr bem	70	7.59	2.22	-1.751	0.205
Apgar 5º minuto	Difícil e vou aprender	17	8.47	1.18		
	Bom e vai correr bem	70	9.07	1.29	0.586	0.084
Número de irmãos do bebê	Difícil e vou aprender	17	1.19	1.05		
	Bom e vai correr bem	70	1.01	1.07	-1.953	0.554
Escolaridade Materna	Difícil e vou aprender	17	10.18	5.31		
	Bom e vai correr bem	70	7.66	4.63	-1.953	0.05
Idade Materna	Difícil e vou aprender	17	31.65	4.10		
	Bom e vai correr bem	70	28.65	7.35	-1.582	-0.117
Escolaridade Paterna	Difícil e vou aprender	16	9.25	5.09		
	Bom e vai correr bem	68	7.75	4.75	1.121	0.266
Idade Paterna	Difícil e vou aprender	16	33.75	3.59		
	Bom e vai correr bem	68	31.96	9.37	0.750	0.171

Tabela 18 - Estatística descritiva dos dados relativos à relação entre a questão "Como será cuidar do seu bebê" e os dados demográficos, de acordo com as amostras em estudo.

O conjunto de mães que respondeu que será **difícil cuidar do bebê, mas vou aprender**, quando comparado com as mães que responderam **não sei**, eram mães mais novas e com mais anos de escolaridade. Quanto aos bebês, eles tinham maior idade e peso gestacional, bem como maiores valores de Apgar (1º e 5º minuto).

	Como será cuidar do seu bebê	N	Média	DP	t	P
Idade gestacional do bebê	Não sei	15	34.653	4.92		
	Difícil e vou aprender	17	30.712	4.56	2.355	0.025
Peso gestacional do bebê em gramas	Não sei	15	2271.80	965.78		
	Difícil e vou aprender	17	1547.71	900.30	2.195	0.036
Apgar 1º minuto	Não sei	15	9.80	2.54		
	Difícil e vou aprender	17	6.82	2.16	-0.028	0.978
Apgar 5º minuto	Não sei	15	9.20	0.86		
	Difícil e vou aprender	17	8.47	1.18	1.974	0.058
Número de irmãos do bebê	Não sei	15	0.80	0.94		
	Difícil e vou aprender	17	1.19	1.05	-1.081	0.289
Escolaridade Materna	Não sei	15	11.33	4.17		
	Difícil e vou aprender	17	10.18	5.32	0.678	0.503
Idade Materna	Não sei	15	28.40	5.11		
	Difícil e vou aprender	17	31.65	4.11	-1.992	0.056
Escolaridade Paterna	Não sei	14	9.36	4.18		
	Difícil e vou aprender	16	9.25	5.09	0.062	0.951
Idade Paterna	Não sei	14	30.07	6.04		
	Difícil e vou aprender	16	33.75	3.59	-2.058	0.049

Tabela 19 - Estatística descritiva dos dados relativos à relação entre a questão "Como será cuidar do seu bebê" e os dados demográficos, de acordo com as amostras em estudo.

A maioria das participantes considerou ter sentido amor pela primeira vez pelo seu bebê quando soube da notícia da gravidez (N=71). As participantes que indicam sentir esta emoção com o crescimento da barriga durante a gravidez eram mais novas e os pais também, tinham menos anos de escolaridade, e os seus bebês tinham maior idade e peso gestacional, e menos irmãos (tabela 20).

	Quando é que sentiu amor pela primeira vez pelo seu bebê?	N	Média	DP	t	P
Idade gestacional do bebê	Notícia da gravidez	71	34.089	4.26		
	Crescimento da barriga	11	32.236	5.46	1.291	0.201
Peso gestacional do bebê em gramas	Notícia da gravidez	71	2170.69	907.1		
	Crescimento da barriga	11	1868.27	991.39	1.017	0.312
Apgar 1º minuto	Notícia da gravidez	71	7.55	2.28		
	Crescimento da barriga	11	7.36	1.86	.257	0.798

Apgar 5º minuto	Notícia da gravidez	73	8.86	1.39	.101	0.920
	Crescimento da barriga	47	9.40	0.77		
Número de irmãos do bebé	Notícia da gravidez	71	0.73	0.83	-4.658	0.000
	Crescimento da barriga	11	2.09	1.30		
Escolaridade Materna	Notícia da gravidez	71	8.06	5.18	-1.652	0.102
	Crescimento da barriga	11	10.82	5.04		
Idade Materna	Notícia da gravidez	15	28.39	7.26	-1.776	0.080
	Crescimento da barriga	17	32.45	5.43		
Escolaridade Paterna	Notícia da gravidez	69	7.49	4.90	-2.095	0.039
	Crescimento da barriga	10	11.00	5.31		
Idade Paterna	Notícia da gravidez	69	31.00	7.96	-1.833	0.317
	Crescimento da barriga	10	36.00	8.78		

Tabela 20 - Estatística descritiva dos dados relativos à relação entre a questão "Quando é que sentiu amor pela primeira vez pelo seu bebé?" e os dados demográficos, de acordo com as amostras em estudo.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sabendo que as representações maternas afetam a relação entre as mães e os seus bebés (Fuertes et al., 2011), a presente investigação teve como objetivo compreender as representações maternas quanto ao desenrolar da gravidez, ao nascimento, à maternidade e ao seu filho em díades com bebés de termo (IG superior a 37 semanas), pré-termo (IG entre 32 e 37 semanas) e extremo pré-termo (IG inferior a 32 semanas), comparando-as entre si. Como tal, foi realizada a entrevista materna nas primeiras 72 horas após o nascimento a 40 mães dos bebés de termo, 40 mães dos bebés de pré-termo e 40 mães dos bebés de extremo pré-termo.

Curiosamente, no que respeita à gravidez, a prevalência das mães que desejaram a gravidez é superior nos grupos bebés de pré-termo e extremo pré-termo. Em parte, estes dados podem ser justificados pelo maior número de FIV nestes grupos. As evidências indicam que os pais que mais desejaram os seus filhos predispõem-se para relações mais seguras. Extrapolamos por isso que o facto destes dois grupos de mães terem desejado os seus filhos pode ser um fator protetor (e.g., Gomes-Pedro, Patrício, Carvalho, Goldschmidt, Torgal-Garcia, & Monteiro, 1995). Aliás, seria importante continuar a investigar a potencialidade protetiva deste aspeto quando sabemos que os bebés nascidos antes do termo, na ausência de mais comorbilidades, apresentam sensivelmente o mesmo nível de vinculação segura (ver revisão em Antunes, Barbosa, Gonçalves, Ribeiro, Justo, Gomes-Pedro, ... & Fuertes, 2016).

Será que o facto de os bebés pré-termo serem muito desejados pode constituir um elemento promotor de resiliência na relação dos bebés de pré-termo com as suas mães?

Na nossa amostra, constituída pelos três grupos de estudo, quase todas as mães consideraram que aceitaram bem a sua gravidez e, ao mesmo tempo, os três grupos de mães sentiram-se apoiadas durante toda a gravidez. Assumimos assim que o que testamos no nosso estudo é a pressão da prematuridade nas representações maternas. Todavia, as mães dos bebés de pré-termo e de extremo pré-termo, que tanto desejaram os seus bebés, são confrontadas com um nascimento antecipado que pode colocar em risco a sobrevivência do seu bebé recém-nascido.

Quando questionadas sobre a sua reação à notícia da prematuridade, a grande maioria das mães dos bebés de pré-termo afirmou ter temido pela vida do seu bebé e as mães dos bebés de extremo pré-termo afirmou ter experimentado um sentimento de choque/pânico à notícia da prematuridade. As mães dos bebés de termo afirmaram não ter temido pela vida do seu bebé. Choque, medo, ansiedade, tristeza, desapontamento, ira, raiva, culpa, incerteza, dificuldade de controlo e frustração são emoções sentidas pelos pais e mães (Goutaudier et al., 2011; Brecht, Shaw, St. John, & Horwitz, 2012). Na verdade, a aceitação da prematuridade e dos riscos a ela inerentes provoca, na maioria dos casos, um estado de grande sofrimento e dor, de incredulidade e descrença, modelado por momentos de grande stress mental e emocional (Sobral, 2016), além do confronto dos pais com o sofrimento e risco de sobrevivência do seu bebé (Carter et al., 2004; Gallegos-Martinez et al., 2013).

Estes são dois pontos de partida para relações completamente diferentes que, eventualmente, se podem resumir entre dois sentimentos: forte desejo e forte aflição. Como referido na revisão da literatura, estas experiências traumáticas podem condicionar as representações da maternidade e desencadear comportamentos de excessiva proteção, sobre-estimulação e/ou intrusividade materna (Feldman & Eidelman, 2007; Field, 1979; Minde et al., 1985; Muller-Nix et al., 2004), numa verdadeira tentativa de compensar os processos de prematuridade.

Quanto à reação ao primeiro afastamento, as mães dos bebés de pré-termo e de extremo pré-termo experimentaram sentimentos de sofrimento, medo e culpa. Os pais dos bebés prematuros descreveram também sentimentos de impotência, perda de controlo da situação e perda de contacto com o bebé. Os pais podem não conseguir exercer plenamente a sua parentalidade (Lasiuk et al., 2013), sentindo muitas vezes que o bebé pertence à equipa de saúde, uma vez que têm de

lhe pedir autorização para participar nos cuidados do bebê (Lindberg, & Ohrling, 2008). De facto, os pais sentem-se confrontados com um conjunto de sentimentos não só de angústia, ansiedade, raiva, culpa e depressão, como também evidenciam sintomas de trauma (Feldman, 2006; Forcada-Guex, et al., 2006), tendo consequências ao nível da vinculação, existindo em amostras de bebês de pré-termo e de extremo pré-termo, a prevalência de vinculação insegura, superior aquela que é encontrada em amostras com bebês de termo (e.g., Fuertes et al., 2011, Cox et al., 2000).

Em relação à perceção do temperamento do bebê pelas mães, a maioria das mães dos bebês de extremo pré-termo não soube como descrever o seu bebê, ou fez variar a sua resposta entre bebê calmo e agitado/chorão, enquanto a maioria das mães dos bebês de pré-termo caracterizaram os bebês como calmos, tendo ocorrido também respostas de mães que não sabiam descrever o temperamento do seu bebê. As mães dos bebês de termo estão fisicamente próximas do seu bebê, que geralmente se autorregula e é menos sujeito a cuidados invasivos próprios das UCIN (Ferreira, 2016). Estes dois aspetos favorecem uma perceção mais positiva das mães acerca do temperamento do seu filho(a). Esta diferença pode ser importante quando sabemos que as representações maternas sobre o temperamento do bebê estão associadas à qualidade da vinculação. Por exemplo, foi encontrada uma associação significativa entre as representações maternas acerca do temperamento do bebê e a qualidade da vinculação aos 12 meses (Fuertes et al., 2011; Benoit et al., 1997). Ainda na literatura é possível verificar que, quando comparados com bebês de termo, os bebês de parto prematuro são muitas vezes caracterizados como menos organizados, menos atentos (Beckwith & Cohen, 1978; Di Vitto & Goldberg, 1979; Field, 1977; Stevenson et al., 1990), facilmente excitáveis e mais irritáveis (Als, 1983; Feldman, 2009; Korja et al., 2008; Treyvaud et al., 2010; Wolf et al., 2002).

Nos três grupos de estudo verificou-se que as mães reconhecem as competências necessárias para cuidar do seu bebê e apresentaram-se otimistas quanto ao futuro. As mães que mencionaram que poderá ser difícil, predisponham-se a aprender, como se pode constatar nas mães dos bebês de pré-termo e extremo pré-termo, e algumas mães dos bebês de termo manifestaram sentimentos de medo de não saber cuidar do seu bebê. Também, quando questionadas sobre as dificuldades no futuro, foram as mães dos bebês de termo que mencionaram que terão algumas dificuldades, mas que pedirão ajudas. A maioria das mães dos bebês de pré-termo não antecipou muitas dificuldades. Todavia, as mães dos bebês de extremo pré-termo referiram não saber responder

a esta questão, ou não querer pensar sobre o assunto, considerando, no entanto, a possibilidade de contar com ajuda no caso de surgirem dificuldades, ou até de não perspetivarem a ter nenhuma dificuldade. Este resultado já foi obtido noutra estudo desta linha de investigação, por Fuertes e a sua equipa (2011), onde se verificou 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. Possivelmente, estas mães ainda não antecipam as dificuldades futuras porque estão emocionalmente muito investidas nos processos de apoio à vida e à sobrevivência dos seus bebés em cuidados intensivos neonatais. Este dado também poderá ser lido como estratégia de autorregulação materna face à adversidade.

Após a comparação das representações maternas dos bebés de termo, com os bebés de pré-termo, e de extremo pré-termo por análise de frequência, analisaram-se conjuntamente os três grupos quanto às variáveis Idade gestacional do bebé, Peso gestacional, Apgar ao 1º e 5º minuto, Número de irmãos do bebé, Escolaridade Materna, Idade Materna, Escolaridade Paterna e Idade Paterna (variáveis contínuas) comparando as médias destes fatores de acordo com as respostas maternas. Dado que a amostra é reduzida e composta por três grupos (bebés de termo, de pré-termo e de extremo pré-termo) e cruzando com várias categorias de respostas, o diminuto *n* nalgumas categorias impediu a sua análise. Embora esta análise acarrete erros estatísticos do tipo 1, ela oferece uma janela de observação dos resultados, e estas dificuldades só podem ser ultrapassadas com o aumento da recolha de dados.

Através da comparação de médias é possível verificar que as mães mais velhas e com menos anos de escolaridade sentiram maior medo quando souberam que o bebé ia nascer. A relevância da variável escolaridade materna tem sido sobejamente apresentada em estudos portugueses por afetar as representações maternas, os comportamentos maternos e a vinculação (e.g., Fuertes et al., 2008; Fuertes et al., 2009). Possivelmente, a baixa literacia em mães que têm de lidar com serviços de saúde especializados, e procurar a melhor resposta para o seu bebé, pode constituir uma adversidade acrescida à prematuridade.

Por outro lado, os bebés das mães que sentiram mais medo quando receberam a notícia do parto prematuro tinham menor idade gestacional e menor peso gestacional, bem como menor Apgar no primeiro e quinto minuto. Com efeito, os indicadores de saúde e de prematuridade parecem pesar na vivência da gravidez e perturbam as primeiras representações do bebé desenvolvidas durante o período pré-natal (Stern et al., 1998; Misund, et al., 2014; Mianaei et al., 2014; Gallegos-Martinez et al., 2011; Lasiuk, et al., 2013).

No nosso estudo, a maioria das mães desejou a sua gravidez. Neste grupo de mães, o bebê tinha menor idade gestacional, menor peso gestacional, menos irmãos e os pais menor escolaridade do que no grupo das mães que não desejaram a gravidez. Curiosamente, foram as mães dos bebês de pré-termo e extremo pré-termo as que mais desejaram a sua gravidez. Por análise dos dados de anamnese constata-se que, em vários casos, as mães tinham recorrido à FIV para engravidar, eram primíparas e mais velhas. Estes bebês foram muito desejados e sonhados. A literatura indica que existe um maior risco de prematuridade em casos de FIV (Freitas, Siqueiras & Segre, 2008), e ao mesmo tempo, um maior desejo do sucesso da gravidez pois recorre-se à FIV para alcançar a realização da maternidade e parentalidade (Freitas, Segre, Borge, Glinav, Leone, & Siqueira, 2008).

Relativamente ao sentimento vivido aquando a notícia do nascimento prematuro, o medo pela vida do bebê é um sentimento referido pelas mães mais velhas, nos bebês com menor idade gestacional e menor peso gestacional, bem como menor Apgar em ambos os momentos. Parece que preocupação pela sobrevivência do bebê é a maior prioridade dos pais com bebês de pré-termo ou de extremo pré-termo (nascido em média com um kilo, e 28 semanas de gestação). Ao sentimento de medo e ansiedade que o bebê adoeça, ou que fique com sequelas, associam-se as preocupações pela sua sobrevivência (Lindberg & Ohrling, 2008). Os pais do bebê prematuro lidam com várias dificuldades ao nível da saúde e bem-estar do seu filho e, afastamento precoce no caso de ser internado numa UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais) e “habitar na incubadora”. Vários autores têm afirmado que este conjunto de situações é vivido pelos pais como um acontecimento potencialmente stressante e traumatizante (Stern et al., 1998; Misund et al., 2014; Mianaei et al., 2014; Gallegos-Martinez et al., 2013).

Tal como em estudos anteriores, as mães que não anteciparam dificuldades são mais novas e com menor escolaridade, o seu bebê tem maior idade gestacional e maior peso gestacional, bem como valores mais elevados de Apgar nos dois momentos, não estando estas mães sujeitas ao mesmo stress que as mães dos bebês prematuros (Green et al., 2015). As mães dos bebês de pré-termo e de extremo pré-termo, que têm os seus bebês rodeados de técnicos e equipamentos 24h por dia, é provável que não consigam projetar-se numa realidade futura onde serão outras as dificuldades e os tipos de apoio. As mães dos bebês com menor idade gestacional e menor peso gestacional, bem como baixos valores de Apgar, não souberam mencionar se teriam dificuldades no futuro, talvez por considerarem ser cedo demais para se preparem para este papel quando ainda estavam emocionalmente

investidas na sobrevivência dos seus filhos. A literatura indica que o apoio das estruturas formais e não formais à família é crítico para ultrapassar condições de risco para o desenvolvimento do bebê (Dunst, 2000, 2002; Sameroff & Fiese, 2000). Esta pode ser uma área importante para a intervenção com a família.

Ao serem questionadas sobre o sentimento de como será cuidar do seu bebê, foram as mães mais velhas e com mais escolaridade que afirmaram perspetivar dificuldades em cuidar do seu bebê. Ora, podemos pensar que estas mães estão mais esclarecidas e asseguram a tarefa materna com maior noção das dificuldades. Contudo, os dados demográficos também acrescentam que os seus bebês têm menor idade gestacional e menor peso gestacional, bem como menores valores de Apgar em ambos os momentos. Assim, estas mães mais velhas e mais letradas veem-se perante um desafio maior, o que poderá explicar a sua preocupação.

Por último, as participantes que afirmaram terem sentido amor pela primeira vez pelo seu bebê aquando a notícia da gravidez eram mães mais novas, e os pais também mais novos, ambos com menos anos de escolaridade, os bebês nasceram com maior idade gestacional e maior peso gestacional e, tinham um menor número de irmãos.

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

Na presente pesquisa os pais dos bebês de pré-termo e de extremo pré-termo vivenciam situações de maior stress, devido ao medo no momento em que sabem que será um parto prematuro e, consequentemente, devido à ansiedade de sobrevivência do bebê após o nascimento, quando comparados com os bebês de termo. Estes resultados podem ter consequências no processo de vinculação, uma vez que as representações das mães em relação aos seus bebês têm um impacto no vínculo que se cria, aos quais se agregam ainda os momentos difíceis passados na UCIN. É referido na literatura que as representações maternas equilibradas e positivas, medidas pré e pós-natal, têm sido associadas ao vínculo seguro (Benoit, et al., 1997; Bretherton et al., 1989; Cox et al., 2000; Izard et al., 1991; Kochanska, 1998; Zeanah et

al., 1994; Korja, et al., 2009), algo que na prematuridade não acontece linearmente uma vez que o bebê prematuro pode não ser, em termos de saúde, de aparência física, peso e outros indicadores, correspondente ao bebê idealizado.

Neste sentido é essencial a presença de profissionais especializados em vinculação, que possam apoiar as famílias logo nas UCIN. Atualmente, a formação do enfermeiro inclui tópicos relacionados com a vinculação, o que melhorou as respostas à família e é fundamental no seu trabalho em parceria com os outros profissionais (Videira, 2016). Contudo, sabemos que a vinculação está associada ao desenvolvimento infantil, saúde mental e socialização da criança e o profissional especializado nesta área deverá detetar oportunidades de intervenção e de promoção do apego (Videira, 2016). As perturbações da vinculação são um risco para o desenvolvimento do bebê prematuro que se somam aos riscos de saúde (Antunes, et al., 2016). As respostas preventivas e atempadas na área da vinculação são uma necessidade de intervenção, fundamental, como qualquer outra na área da saúde e do desenvolvimento (Lopes dos Santos & Fuertes, 2005).

CONTRIBUTOS PARA A INTERVENÇÃO PRECOCE

Segundo a OMS (2016) nascem todos os anos 15 milhões de bebês prematuros e a prematuridade é a principal causa de mortalidade infantil em menores de 5 anos. Esta condição está associada a problemas de saúde, desenvolvimento e afeta a relação mãe-filho. Ora, importa considerar e implementar medidas de prevenção dos riscos da prematuridade. Segundo Fuertes et al. (2011), a vinculação insegura pode ser prevenida através de programas de promoção de relações seguras e apoio à família dos bebês de pré-termo. A intervenção Touchpoints é um exemplo de abordagem que oferece alguns princípios de reflexão que podem apoiar uma intervenção preventiva, centrada nas relações e no reforço das competências, onde se apresentam como princípios orientadores os seguintes aspetos: os pais são os peritos nos seus filhos; todos os pais têm forças; todos os pais querem fazer o melhor com os seus filhos; todos os pais têm algo de fundamental a partilhar em cada etapa do desenvolvimento; todos os pais têm sentimentos ambivalentes; e a parentalidade é um processo de tentativa/erro (Brazelton & Sparrow, 2003).

No contexto da abordagem reflexiva Touchpoints, o profissional oferece aos pais uma oportunidade para identificar as competências e capacidades do bebê, estimulando a relação pais-bebê, a autoeficácia dos

pais e a sua autoconfiança (Brazelton & Nugent, 2011; Lowman, Stone, & Gardner-Cole, 2006). Para a metodologia Touchpoints, o objetivo central está em ajudar a restaurar a base segura e modificar as representações dos pais sobre a infância (e.g., Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2005; Marvin, Cooper, Hoffman, & Powell, 2002).

Reconhecendo o papel dos pais como promotores de estabilidade fisiológica para o crescimento do bebê prematuro, durante o internamento, muitas UCIN recorrem ao Método Canguru. Neste método os bebês são colocados diretamente no peito/tórax dos pais, o que os aproxima fisicamente (Fuertes, et al., 2012). Este método beneficia os recém-nascidos promovendo padrões de sono mais organizados, melhora a temperatura corporal, estabiliza os sistemas respiratórios e circulatórios, melhora outras funções fisiológicas e potencia ganhos de peso (Feldman, Weller, Sirota & Eidelman, 2002; Bosque, Brady, Affonso, & Wahlberg, 1995; Messmer, Rodriguez, Adams, Wells-Gentry, Washburn, Zabaleta, & Abreu, 1997; Bauer, Sontheimer, Fischer, & Linderkamp, 1996). Adicionalmente, as mães que fornecem cuidados com o Método Canguru mantêm a amamentação por períodos mais longos experimentando menos stress (psicológico e fisiológico) (Hurst, Valentine, Renfro, Burns, & Ferlic, 1997). Estes resultados supõem que o contato pele a pele, ao ter efeitos fisiológicos sobre as mães, aumenta os seus níveis de oxitocina podendo predispor-las a interagirem e procurarem maior proximidade com os seus bebês (Tessier, Cristo, Velez, Giron, Calume, Ruiz-Palaez, ... & Charpak, 1998). É igualmente provável que este Método forneça uma sensação de autoeficácia, proporcionando aos pais experiências tangíveis da sua importância na promoção da saúde e do desenvolvimento de seus bebês em contraste com a sensação de impotência que a UCIN pode induzir nos pais (Stern, 1998).

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

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

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

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

Sabendo que a qualidade da vinculação afeta a formação da personalidade e o desenvolvimento infantil, é crucial estudar a relação entre pais e filhos no contexto das práticas de intervenção precoce. A vinculação pode ser uma área de atuação em situações de risco, como o abuso e o mau trato infantil, mas ainda uma força quando a família é uma base segura passível de superar desvantagens sociais e atrasos de desenvolvimento (Fuertes, 2012). Importa, considerar a atuação junto de prematuros, sobretudo, ao nível diádico. Efetivamente, o processo de intervenção deve potenciar as suas forças e os seus aspetos positivos, promovendo uma espiral de efeitos recíprocos segundo um encadeamento de tipo transacional que poderá levar à promoção da responsabilidade parental, em estreita ligação com o refinamento das capacidades da criança para se autorregular e sinalizar estados de necessidade (Lopes dos Santos & Fuertes, 2005).

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

No âmbito da relação mãe-filho(a) é clara a necessidade de intervir cedo. Uma vez ocorrido o trauma, a reparação é demorada e nalguns casos não total (Ainsworth & Eichberg, 1991; Greenberg, 2005). Embora não exista uma resposta única ou inequívoca para reparar a vinculação, a prevenção primária e secundária parecem ser a melhor resposta (Brazelton & Greenspan, 2003). Segundo a literatura (Berlin, 2005; MacDonald, 2001), a prevenção pode ser eficaz se realizada antes ou desde o nascimento, e através de programas de aconselhamento parental (e.g., reforçando as competências parentais e informando

os pais acerca do desenvolvimento infantil). Nas UCIN, as equipas de enfermagem procuram ensinar aos pais procedimentos e estratégias para assegurarem cuidados aos seus filhos, e muitas vezes colocam-se ao dispor via telefónica para responder a dúvidas depois da alta. Este cuidado poderia alargar-se no respeitante à informação da existência de equipas de intervenção precoce e, seu possível suporte junto deles e dos bebés, uma vez em casa.

Em síntese, os programas de promoção do desenvolvimento socioemocional requerem equipas pluridisciplinares muito bem articuladas e uma intervenção preventiva baseada na evidência empírica (Fuertes et al., 2010; Pimentel, 2004). Para Guralnick (2005) a intervenção deve: ocorrer cedo e atempadamente i.e., importa agir cedo, avaliar cada caso de um modo singular, procurando compreender a natureza e as causas do atraso/problema e encontrar respostas adequadas; ser centrada criança e na sua família pois raramente o problema é apenas centrado na criança, mas os pais, por conviverem com o problema ou por terem dificuldade em colocar em prática as suas soluções, podem precisar de apoio. Inclusivamente, os pais podem ser parte do problema se tiverem comportamentos de risco ou problemas a enfrentar; ser baseada nas forças da criança e da família já que as famílias com problemas geralmente conseguem sinalizar as suas preocupações, inquietações e dificuldades, mas têm maior dificuldade em observar as suas capacidades, forças e redes de suporte. Cabe às equipas de intervenção precoce promover este espaço de reflexão e estimular bases de confiança para que as famílias possam usar os seus recursos e capacidades naturais; respeitar o papel dos pais como especialistas dos filhos e como parceiros de intervenção, honrando o que literatura indica de que a intervenção consegue melhor resultados quando os técnicos ouvem os pais, partilham com eles informação, decisões e reforçam as suas competências; estar assente num trabalho de equipa transdisciplinar em que os técnicos se unem numa só voz para apoiar a criança e sua família, trabalham em parceria com a família e se apoiam mutuamente (Fuertes et al., 2014).

LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS

A presente investigação deve ser compreendida como uma pesquisa exploratória para averiguar ainda num pequeno grupo as representações maternas sobre a gravidez. Os dados foram tratados numa primeira fase de modo quantitativo para efeitos da presente tese e, fu-

turamente serão analisados qualitativamente por análise de conteúdo.

REFERÊNCIAS

Ainsworth, M., & Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In C. Parkes & J. Hinde (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle* (pp. 160-183). London: Routledge.

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

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

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

Bauer, J., Sontheimer, D., Fischer, C., & Linderkamp, O. (1996). Metabolic rate and energy balance in very low birth weight infants during kangaroo holding by their mothers and fathers. *The Journal of Pediatrics*, 129(4), 608-611.

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

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

Berlin, L. (2005). Intervention to enhance early attachment: The state of the field today. In L. J. Berlin, Y. Ziv, Amaya-Jackson, M. Greenberg (eds). *Enhancing Early Attachments - Theory, Research, Intervention and Policy* (pp. 3-33). New York: Guilford.

Bonnier, C. (2008). Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Acta Paediatrica*, 97(7), 853-858.

Borghini A., Pierrehumbert B., Miljkovitch R., Muller-Nix C., Forcada-Guex M., Ansermet F. (2006). Mother's attachment representations

of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 494-508.

Bosque, E., Brady, J., Affonso, D., & Wahlberg, V. (1995). Physiologic measures of kangaroo versus incubator care in a tertiary-level nursery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 24(3), 219-226.

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

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

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

Brazelton, T., & Greenspan, S. (2003). *The irreducible needs of children: What every child must have to grow, learn, and flourish*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.

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

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

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

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

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

Brisch, K., Bechinger, D., Betzler, S., Heinemann, H., Kachele, H., Pohlandt, E., et al. (2005). Attachment quality in very low-birth-weight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development. *Parenting: Science and Practice*, 5, 311-331.

Bus, A., & van Ijzendoorn, M. H. (1988). Attachment and early reading: a longitudinal study. *Journal of Genetic Psychology*, 149(2), 199-210.

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

Cohen, S. E. & Beckwith, L. (1979). Preterm infant interaction with caregiver in the first year of life and competence at age two. *Child Development*, 50, 767-776.

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

Cox, S. M., Hopkins, J., & Hans, S. L. (2000). Attachment in Preterm Infants and their Mothers: Neonatal Risk Status And Maternal Representations. *Infant Mental Health Journal*, 21(6), 464-480.

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

Dunst, C. J. (2000). Revisiting "Rethinking early intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.

Dunst, C.J. (2002). Family-Centered Practices: Birth Through high school. *The Journal of Special Education*, 36(3), 139-147.

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

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

Fava-Vizziello, G., Antonioli, M., Cocci, V., & Invernizzi, R. (1993). From pregnancy to motherhood: the structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 4-16.

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

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

birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development*, 80, 544-561.

Feldman, R. e Eidelman, A.I. (2007). Maternal Postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49, 290-302.

Feldman, R., Weller, A., Sirota, I., & Eidelman, A. (2002). Skin-to-Skin contact (Kangaroo Care) promotes self-regulation in premature infants: Sleep-Wake cyclicity, arousal modulation and sustained exploration. *Developmental Psychology*, 38, 194-207.

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

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

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

Fogel, A. (1992). Movement and communication in human infancy: The social dynamics of development. *Human Movement Science*, 11, 387-423.

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

Freitas, M., Segre, C., Borge, J., Glinav, S., Leone, C. & Siqueira, A. (2008). Crianças Nascidas após Emprego de Técnica de Fertilização Assistida. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18(3), 218-228

Freitas M., Siqueira AAF, Segre CAM. (2008). Avanços em Reprodução Assistida. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18(1), 93-97.

Fuertes, M. (2005). Rotas da Vinculação: O desenvolvimento do comportamento interativo e a organização da vinculação no primeiro ano de vida do bebê prematuro. (Tese de Doutorado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do

Porto, Porto, Portugal).

Fuertes, M. (2010). Se não pergunta como sabe? Dúvidas dos pais sobre a educação de infância. Consultado em <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/1671>

Fuertes, M., (2012). Vários olhares sobre as diferenças na vinculação e contributos para a intervenção precoce. *Da Investigação às Práticas*, II (1). 23-50.

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

Fuertes, M., Faria, A., Soares, H., & Crittenden, P. (2008). Mother-child patterns of interaction: The impact of premature birth and social economical background. *Acta Ethologica*, 12(1), 1-11. doi: 10.1027/1016-9040.14.4.320.

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

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

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

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

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

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

Fuertes, M., & Luís, H. (2014). Vinculação, práticas educativas na primeira infância e intervenção precoce. *Interações*, 30, 1-7.

Gable, S. & Isabella, R. A. (1992). Maternal contributions to infant regulation of arousal. *Infant Behavior and Development*, 15, 95-107.

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

Gianino, A. & Tronick, E. Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In T. M. Field, P. M. MacCabe & N. Schneiderman (Eds), *Stress and coping across development* (pp. 47-68). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Glorieux, I., Montjoux, N., & Casper, C. (2009). NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program): definition, practical aspects, published data. *Archives de Pediatrie*, 16(6), 827-829. doi: 10.1016/S0929-693X(09)74168-5.

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

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

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

Greene, J. G., Fox, N.A. & Lewis, M. (1983). The relationship between

neonatal characteristics and three-month mother-infant interaction in high risk infants. *Child Development*, 54, 1286-1296.

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

Greenberg, M. (2005). Enhancing Early Attachment: Synthesis and Recommendations for Research, Practice and Policy. In Berlin, L. J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, Greenberg, M. (Eds), *Enhancing Early Attachments - Theory, Research, Intervention and Policy* (pp. 327-344). New York: Guilford.

Guralnick, M. (Ed.). (2005). *A developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Brookes.

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.

Hurst, N., Valentine, C., Renfro, L., Burns, P., & Ferlic, L. (1997). Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *Journal Perinatology*, 17(3), 213-217.

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

Jotzo, M., & Poets, C. F. (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics*, 115, 915-919. doi: 10.1542/peds.2004-0370.

Kaaresen, P., Ronning, J., Tunby, Nordhov, S., Ulvund, S., & Dahl, L. (2008). A randomized controlled trial of an early intervention program in low birth weight children: outcome at 2 years. *Early Human Development*, 84(3), 201-209. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.07.003.

Kochanska, G. (1998). Mother-child relationship, child fearfulness, and emerging attachment: a short-term longitudinal study. *Developmental Psychology*, 34(3), 480-490.

Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first

two years. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164–173. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x.

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

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

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.

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

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.

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

MacDonald, G. (2001). *Effective intervention for child abuse and neglect. An evidence-based approach to planning and evaluating interventions*. Chichester, UK: Wiley.

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

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

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

Messmer, P., Rodriguez, S., Wells-Gentry, J., Zabaleta, I., & Abreu, S. (1997). Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. *Journal of*

Pediatric Nursing, 23(4), 408-414.

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

Minde, K., Perrotta, M., & Marton, P. (1985). Maternal caretaking and play with full-term and preterm infants. *Journal of Child Psychiatry*, 26, 231-244.

Misund, A., Nerdrum, P., & Diseth, T. (2014). Mental health in women experiencing preterm birth. *Pregnancy and Childbirth*, 14, 263.

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

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

Nordhov, S., Ronning, J., Dahl, L., Ulvund, S., Tunby, J., & Kaaresen, P. (2010). Early intervention improves cognitive outcomes for preterm infants: randomized controlled trial. *Pediatrics*, 126(5), 1088-1094. doi: 10.1542/peds.2010-0778.

Nordhov, S., Ronning, J., Ulvund, S., Dahl, L., & Kaaresen, P. (2012). Early intervention improves behavioral outcomes for preterm infants: randomized controlled trial. *Pediatrics*, 129(1), 9-16. doi: 10.1542/peds.2011-0248.

Nordhov, S., Kaaresen, P., Ronning, J., Ulvund, S., & Dahl, L. (2010). A randomized study of the impact of a sensitizing intervention on the child-rearing attitudes of parents of low birth weight preterm infants. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 385-391. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00805.x

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

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

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

Pimentel, J. (2004). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 22(1) 65-72.

Poehlmann, J., Hane, A., Burnson, C. Maleck, S. Hamburger, E. & Shah, E. (2012). Preterm infants who are prone to distress: differential effects of parenting on 36-months behavioral and cognitive outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1018-1025.

Rathbone R, Counsell SJ, Kapellou O, Dyet L, Kennea N, Hajnal J, et al. (2011). Perinatal cortical growth and childhood neurocognitive abilities. *Neurology*, 77, 1510-7.

Sameroff, A. & Fiese, B. (2000). Transactional regulation and early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. (pp. 135-160). Cambridge: Cambridge University Press.

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.

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.

Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., Giron, M., Calume, Z., Ruiz-Palaez, J., Charpak, Y., & Charpak, N. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*, 102(2), 17.

Tracey, N. (2000). *Parents of premature children - their emotional world*. Whurr Publishers: London.

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

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

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

Vanderveen, J., Bassler, D., Robertson, C., & Kirpalani, H. (2009). Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: a meta-analysis. *Journal Perinatology*, 29(5), 343-351. doi: 10.1038/jp.2008.229

Videira, R. (2016). O apoio da enfermagem aos pais dos bebés prematuros na adaptação à vida extra-uterina. *Diálogos acerca da prematuridade*. Edições Aloendro: Évora.

Vonderweid, U., & Leonessa, M. (2009). Family centered neonatal care. *Early Human Development*, 85, 37-38. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2009.08.009.

Wille, D.E. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, 14, 227-240.

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

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

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

ANEXOS

1. 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. *Sentiu-se apoiada durante a gravidez (pelos amigos, parceiro, família)?*

EMOÇÕES NA GRAVIDEZ

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

REAÇÃO À PREMATURIDADE

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

RELAÇÃO COM O RECÉM-NASCIDO

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

CONHECIMENTOS DAS CAPACIDADES SENSORIO PERCEPTIVAS DO BEBÉ

12. *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

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