

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**AS MEMÓRIAS PARENTAIS DE INFÂNCIA COMO
MEDIADORAS DA RELAÇÃO ENTRE O
SENTIMENTO DE COMPETÊNCIA PARENTAL E A
VINCULAÇÃO MATERNA PÓS-NATAL EM
CONTEXTO DE PREMATURIDADE**

Catarina Seara Mendonça Fachada Rodrigues

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Dinâmica

2024

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**AS MEMÓRIAS PARENTAIS DE INFÂNCIA COMO
MEDIADORAS DA RELAÇÃO ENTRE O
SENTIMENTO DE COMPETÊNCIA PARENTAL E A
VINCULAÇÃO MATERNA PÓS-NATAL EM
CONTEXTO DE PREMATURIDADE**

Catarina Seara Mendonça Fachada Rodrigues

Dissertação Orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Dinâmica

2024

Agradecimentos

Ao longo dos últimos 5 anos, a palavra “tese” sempre me intimidou um pouco, não apenas pela complexidade de um trabalho tão longo, como também pela agilidade e gestão de responsabilidades que toda a sua realização implica. Os últimos anos exigiram esforço, empenho, determinação, suor e (algumas) lágrimas. Este ano letivo, sobretudo, colocou à prova a minha capacidade de superar desafios e trouxe ao de cima partes de mim que eu ainda não tinha descoberto. Com enorme felicidade e orgulho, posso dizer que cheguei ao fim desta etapa. Agora que aqui estou, percebo o quanto a presença, ajuda e companhia dos outros foi importante durante esta jornada.

Por tal, agradeço primeiro à minha família pelo apoio e carinho infindáveis que me ajudaram a perseverar até aqui. Especialmente, agradeço aos meus pais e irmão pelo amor que me oferecem e pelo grande pilar que sempre foram. Agradeço aos meus avós que, apesar de já não estarem cá, continuam presentes todos os dias. Obrigada por me terem ajudado a crescer e a tornar-me quem sou hoje. À minha outra estrelinha, a Ema, por ter sido a minha melhor amiga de quatro patas e por ter crescido comigo ao longo de 14 anos. Aos meus tios e primos, por animarem todos os momentos em que estamos juntos.

Ao Professor Doutor João Justo, quero agradecer-lhe por toda a atenção, ajuda, paciência, dedicação e sabedoria que me transmitiu ao longo deste ano. Obrigada pelo gosto que tem em ensinar e por todas as vezes em que me fez gostar cada vez mais desta área de estudo; pela constante postura e atitude tranquilas que, sem dúvida, me ajudaram a manter a firmeza e que vou levar comigo para a vida. Obrigada por todas as reuniões e horas que me dedicou de coração cheio – é, verdadeiramente, um excelente académico e um excelente professor, um simples agradecimento não chega para mostrar o quanto gostei de aprender consigo.

Não pode, definitivamente, faltar um agradecimento aos meus amigos e, simultaneamente, colegas. Obrigada pelas infinitas horas de gargalhadas, desabafos e felicidade que me proporcionaram ao longo do curso. Obrigada pela vossa amizade e por partilharem de todas as minhas emoções (tanto positivas como negativas) até aqui. Sem vocês não conseguiria olhar para trás e sorrir. Estou ansiosa para continuar a crescer ao vosso lado. Um agradecimento especial à minha amiga e colega Inês, cuja companhia tornou toda a experiência de escrever uma tese mil vezes mais prazerosa.

Obrigada por não me teres deixado desistir em nenhum momento e por toda a resiliência que mostraste perante as minhas centenas de dúvidas.

À minha Inês e à minha Maria Inês, agradeço pela amizade e cumplicidade duradouras e (muito provavelmente) infinitas. Como se costuma dizer: desde sempre e para sempre.

Finalmente, um obrigada a todas as mulheres que participaram neste projeto por partilharem comigo uma parte tão importante de si próprias.

RESUMO

Introdução: O parto pré-termo pode dificultar a adaptação da mãe à maternidade, sendo um contexto propício ao desenvolvimento de uma vinculação materna pós-natal (VMPN) pouco satisfatória. Esta ligação da mãe ao bebê é influenciada pela percepção da mulher sobre as suas competências maternas. Estudos anteriores mostram que uma percepção de mais elevada eficácia no papel materno favorece ambientes positivos e acolhedores, além de interações mais calorosas na díade. As experiências de infância condicionam a percepção materna da parentalidade. Não existem evidências da relação entre sentimento de competência materno e a VMPN, nem sobre o impacto das recordações dos cuidados recebidos na infância sobre a VMPN. **Objetivos:** Compreender de que forma o sentimento de competência materno influencia a VMPN e perceber se as memórias parentais de infância medeiam esta relação. **Metodologia:** Participaram mulheres (N = 53) que deram à luz um bebê pré-termo (IG \leq 37 semanas) nascido há 12 meses ou menos. Os dados foram recolhidos através da plataforma *Qualtrics*, pela aplicação de um Questionário Sociodemográfico e Clínico, a Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (Condon & Corkindale, 1998; Carrulo, 2016), a Escala de Sentimento de Competência Parental (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978; Johnston & Mash, 1989; Ferreira et al., 2011) e o *Parental Bonding Instrument* (Parker et al., 1979; Geada, 2003). **Resultados:** Análises de regressão mostraram que as dimensões satisfação e eficácia do sentimento de competência materno contribuem para explicar a VMPN e as suas dimensões qualidade da vinculação, ausência de hostilidade e prazer na interação. Análises de mediação mostraram que apenas a sobreproteção paterna consegue mediar entre, por um lado, a eficácia do sentimento de competência materno e, por outro lado, a ausência de hostilidade bem como o total da VMPN. **Conclusão:** O sentimento de competência materno parece importante para explicar a VMPN. A sobreproteção paterna parece desempenhar um papel relevante na relação entre sentimento de competência materno e VMPN. Estes dados sublinham a importância de intervenções que promovam a satisfação e a eficácia materna para melhorar a qualidade da VMPN em contextos de prematuridade. **Palavras-chave:** vinculação materna pós-natal; sentimento de competência parental; memórias parentais de infância; prematuridade; pós-parto.

ABSTRACT

Introdução: Preterm birth can hinder the maternal adaptation to motherhood, being a favorable context for a less than ideal maternal bonding. This connection from the mother towards the infant is influenced by the maternal perception about the mother's parenting skills. Previous studies show that a higher perception of efficacy at the maternal role favours more positive and nurturing contexts and also more warming interactions in the dyad. Childhood upbringing experiences restrict the maternal perception about parenthood. There are no known evidences about the relationship between the sense of maternal competence and maternal bonding, nor about the impact of upbringing memories upon maternal bonding. **Goals:** Understanding how the sense of maternal competence influences maternal bonding and also how childhood upbringing memories mediate this relationship. **Method:** Participants were women (N = 53) who delivered a preterm infant (GA \leq 37 weeks) born 12 months ago or less. Data were gathered through the Qualtrics platform, using a Sociodemographic and Clinical Questionnaire, the Postnatal Maternal Attachment Scale (Condon & Corkindale, 1998; Carrulo, 2016), the Sense of Parenting Competence Scale (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978; Johnston & Mash, 1989; Ferreira et al., 2011) and the Parental Bonding Instrument (Parker et al., 1979; Geada, 2003). **Results:** Regression analyses showed that the satisfaction and efficacy dimensions of the sense of maternal competence do contribute to explain postnatal maternal attachment and its dimensions attachment quality, lack of hostility and pleasure in interaction. Mediation analyses showed that only paternal overprotection was able to mediate between, on one side, the efficacy dimension of maternal sense of competence and, on the other side, the lack of hostility and the total of the postnatal maternal attachment scale. **Conclusions:** The maternal sense of competence seems to be relevant to explain postnatal maternal attachment. Paternal overprotection seems to play an importante role in the relationship between the maternal sense of competence and the postnatal maternal attachment. These data underline the importance of promoting maternal satisfaction and efficacy in prematurity contexts.

Key-words: postnatal maternal attachment; maternal sense of competence; childhood upbringing memories; prematurity; post-partum.

Índice

1. Enquadramento Teórico	1
1.1. Vinculação Materna	1
1.2. Sentimento de Competência Materno	3
1.3. Prematuridade	5
1.4. Díades Pré-Termo	7
1.5. Representações Maternas	11
1.6. Memórias Parentais de Infância	12
2. Problema e Relevância da Investigação, Objetivos e Hipóteses	15
2.1. Problema de Investigação	15
2.2. Relevância do Problema de Investigação	15
2.3. Objetivo	16
2.4. Hipóteses Gerais (HG)	16
3. Metodologia	17
3.1. Definição de Variáveis	17
3.2. Operacionalização das Variáveis	17
3.3. Hipóteses Específicas (HE)	21
3.4. Procedimentos	22
3.4.1. Recrutamento e Recolha Online	22
3.5. Caracterização da Amostra	24
4.1. Testagem de Hipóteses	31
4.2. Correlações entre o Sentimento de Competência Parental e a Vinculação Materna Pós-Natal	37
4.3. Correlações entre a Vinculação Materna Pós-Natal e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	39
5. Discussão	41
6. Conclusões Principais	47

7. Limitações	49
Referências Bibliográficas.....	51

Índice de Anexos

Anexo I: Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC)

Anexo II: Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPósN)

Anexo III: Escala de Sentimento de Competência Parental (ESCP)

Anexo IV: Parental Bonding Instrument (PBI)

Anexo V: Autorizações dos Autores das Escalas

Anexo VI: Consistência Interna – EVMPósN (Dimensão Qualidade da Vinculação)

Anexo VII: Consistência Interna – EVMPósN (Dimensão Ausência de Hostilidade)

Anexo VIII: Consistência Interna – EVMPósN (Dimensão Prazer na Interação)

Anexo IX: Consistência Interna – EVMPósN (Vinculação Materna Total)

Anexo X: Estatística Descritiva das Variáveis Psicométricas

Anexo XI: Consistência Interna – ESCP (Dimensão Satisfação)

Anexo XII: Consistência Interna – ESCP (Dimensão Eficácia)

Anexo XIII: Consistência Interna – ESCP (Dimensão Interesse)

Anexo XIV: Consistência Interna – PBI (Fator Cuidado da Mãe)

Anexo XV: Consistência Interna – PBI (Fator Sobreproteção da Mãe)

Anexo XVI: Consistência Interna – PBI (Fator Cuidado do Pai)

Anexo XVII: Consistência Interna – PBI (Fator Sobreproteção do Pai)

Anexo XVIII: Listagem das Hipóteses Específicas (HE1-HE40)

Anexo XIX: Mensagem de Convite

Anexo XX: *Qualtrics*

Anexo XXI: Consentimento Informado

Anexo XXII: Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas
Quantitativas

Anexo XXIII: Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas
Qualitativas

Anexo XXIV: Ajustamento Distribuição Normal

Anexo XXV: Análise de Regressão Linear Múltipla – Testagem de HE1

Anexo XXVI: Análise de Regressão Linear Múltipla – Testagem de HE2

Anexo XXVII: Análise de Regressão Linear Múltipla – Testagem de HE3

Anexo XXVIII: Análise de Regressão Linear Múltipla – Testagem de HE4

Anexo XXIX: Análise de Regressão Linear Múltipla – Testagem de HE5

Anexo XXX: Análise de Regressão Linear Múltipla – Testagem de HE6

Anexo XXXI: Análise de Regressão Linear Múltipla – Testagem de HE7

Anexo XXXII: Análise de Regressão Linear Múltipla – Testagem de HE8

Anexo XXXIII: Análise de Mediação – Testagem de HE9

Anexo XXXIV: Análise de Mediação – Testagem de HE10

Anexo XXXV: Análise de Mediação – Testagem de HE11

Anexo XXXVI: Análise de Mediação – Testagem de HE12

Anexo XXXVII: Análise de Mediação – Testagem de HE13

Anexo XXXVIII: Análise de Mediação – Testagem de HE14

Anexo XXXIX: Análise de Mediação – Testagem de HE15

Anexo XL: Análise de Mediação – Testagem de HE16

Anexo XLI: Análise de Mediação – Testagem de HE17

Anexo XLII: Análise de Mediação – Testagem de HE18

Anexo XLIII: Análise de Mediação – Testagem de HE19

Anexo XLIV: Análise de Mediação – Testagem de HE20

Anexo XLV: Análise de Mediação – Testagem de HE21

Anexo XLVI: Análise de Mediação – Testagem de HE22

Anexo XLVII: Análise de Mediação – Testagem de HE23

Anexo XLVIII: Análise de Mediação – Testagem de HE24

Anexo XLIX: Análise de Mediação – Testagem de HE25

Anexo L: Análise de Mediação – Testagem de HE6

Anexo LI: Análise de Mediação – Testagem de HE27

Anexo LII: Análise de Mediação – Testagem de HE28

Anexo LIII: Análise de Mediação – Testagem de HE29

Anexo LIV: Análise de Mediação – Testagem de HE30

Anexo LV: Análise de Mediação – Testagem de HE31

Anexo LVI: Análise de Mediação – Testagem de HE32

Anexo LVII: Análise de Mediação – Testagem de HE33

Anexo LVIII: Análise de Mediação – Testagem de HE34

Anexo LIX: Análise de Mediação – Testagem de HE35

Anexo LX: Análise de Mediação – Testagem de HE36

Anexo LXI: Análise de Mediação – Testagem de HE37

Anexo LXII: Análise de Mediação – Testagem de HE38

Anexo LXIII: Análise de Mediação – Testagem de HE39

Anexo LXIV: Análise de Mediação – Testagem de HE40

Anexo LXV: Análise de Correlação entre VIs e VDs

Anexo LXVI: Análise de Correlação entre Variáveis Sociodemográficas e Clínicas e VDs

Índice de Tabelas

Tabela 1: Estatística descritiva das variáveis psicométricas – Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPósN)

Tabela 2: Estatística descritiva das variáveis psicométricas – Escala de Sentimento de Competência Parental (ESCP)

Tabela 3: Estatística descritiva das variáveis psicométricas – *Parental Bonding Instrument* (PBI)

Tabela 4: Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas avaliadas em escalas intervalares (N = 53)

Tabela 5: Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Tabela 6: Estatística descritiva das variáveis relativas ao pai do bebê avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Tabela 7: Estatística descritiva das variáveis relativas à última gravidez avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Tabela 8: Estatística descritiva da variável relativa ao tipo de parto avaliada em escalas categoriais (N = 53)

Tabela 9: Estatística descritiva das variáveis relativas ao bebê avaliadas em escalas intervalares (N = 53)

Tabela 10: Estatística descritiva das variáveis relativas ao bebê avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Tabela 11: Estatística descritiva das variáveis relativas ao pós-parto avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Tabela 12: Estatística descritiva da variável relativa à existência de antecedentes familiares de gravidezes pré-termo avaliada em escalas categoriais (N = 53)

Tabela 13: Estatística descritiva da variável relativa à existência de diagnósticos psiquiátricos avaliada em escalas categoriais (N = 53)

Tabela 14: Análise de Regressão (N = 53) da HE1, Satisfação (VI), Qualidade da Vinculação (VD)

Tabela 15: Análise de Regressão (N = 53) da HE2, Satisfação (VI), Ausência de Hostilidade (VD)

Tabela 16: Análise de Regressão (N = 53) da HE3, Satisfação (VI), Prazer na Interação (VD)

Tabela 17: Análise de Regressão (N = 53) da HE4, Satisfação (VI), Vinculação Total (VD)

Tabela 18: Análise de Regressão (N = 53) da HE5, Eficácia (VI), Qualidade da Vinculação (VD)

Tabela 19: Análise de Regressão (N = 53) da HE6, Eficácia (VI), Ausência de Hostilidade (VD)

Tabela 20: Análise de Regressão (N = 53) da HE7, Eficácia (VI), Prazer na Interação (VD)

Tabela 21: Análise de Regressão (N = 53) da HE8, Eficácia (VI), Vinculação Total (VD)

Tabela 22: Análise de Mediação (N = 53) da HE38, relação entre a dimensão Eficácia e a dimensão Ausência de Hostilidade mediada pelo fator Sobreproteção do Pai nas Memórias Parentais de Infância

Tabela 23: Análise de Mediação (N = 53) da HE40, relação entre a dimensão Eficácia e a dimensão Vinculação Total mediada pelo fator Sobreproteção do Pai nas Memórias Parentais de Infância

Tabela 24: Análise de Correlação (N = 53) entre variáveis independentes e variáveis dependentes

Tabela 25: Análise de Correlação (N = 53) entre variáveis sociodemográficas e clínicas e variáveis dependentes

1. Enquadramento Teórico

1.1. Vinculação Materna

A vinculação materna é uma construção biologicamente orientada, inerente aos humanos e outros primatas, concebida para preservar a espécie através de comportamentos de carinho e proteção que refletem uma sensibilidade materna à comunicação emocional e física do bebé (Bowlby, 1969). Na sua Teoria da Vinculação, Bowlby (1969/1982, 1973, 1980) sublinha a importância da continuidade e previsibilidade do comportamento materno para o desenvolvimento do vínculo do bebé face à mãe durante o período precoce. A disponibilidade da mãe consoante a necessidade do bebé, a sua capacidade de proporcionar um ambiente emocionalmente seguro e previsível para o bebé e a forma como o bebé percebe e interpreta as reações da mãe contribuem para o emergir de uma confiança biológica entre os dois membros da díade. Esta confiança proporciona à criança uma base sólida para explorar o mundo, desenvolver relações saudáveis e regular as suas emoções ao longo da vida. Por outro lado, a negligência, a inconsistência nas atitudes maternas e a carência afetiva podem resultar em problemas de saúde mental e no comprometimento do potencial e bem-estar a longo prazo (Winston & Chicot, 2016). Deste modo, entende-se que a vinculação materna desempenha um papel crucial no desenvolvimento infantil saudável, especialmente durante um período crítico para a maturação cerebral (Koçak & Özcan, 2018; Les Bas et al., 2022; Murakami et al., 2023).

Para compreender a vinculação materna, é útil perceber que a relação única vivenciada pela díade mãe-bebé se desenvolve muito antes do nascimento da criança. Ao longo da gravidez, ambos os pais tendem a adquirir uma representação interna cada vez mais elaborada do feto. É a partir dessa imagem mental construída pelos pais na sua relação com o feto que se desenvolve o vínculo emocional (Condon, 1993). A conceptualização teórica da vinculação pré-natal contribui para a compreensão e gestão de problemáticas psicológicas relacionadas com a gravidez, o puerpério e o pós-parto. A literatura tem apresentado consenso relativamente à correlação positiva entre a qualidade do vínculo pré-natal e a qualidade do vínculo pós-natal (Müller, 1996; Brandon et al., 2009; Fijałkowska & Bielawska-Batorowicz, 2019; Trombetta et al., 2021). Por conseguinte, conceptualiza-se que o processo de vinculação tem início no período pré-natal, perdura durante toda a gravidez e continua após o parto (Condon, 1993; Teixeira et al., 2016), contribuindo para o desenvolvimento do papel de

maternidade na mulher (Hwang et al., 2022). Dado isto, a ligação entre mãe e filho forma-se como uma relação bidirecional, pois não é apenas a criança que procura ser um objeto de orgulho e alegria para a mãe – também a mãe tem necessidade de se sentir identificada e reconhecida pela criança como figura cuidadora digna de ser amada (Condon & Corkindale, 1998).

O foco desta investigação é a experiência materna. A preocupação é dirigida ao afeto e cognições maternas relacionadas com a construção do vínculo, pelo que o termo “vinculação materna pós-natal” se refere à ligação emocional vivenciada pela mãe em relação ao bebé aquando do seu nascimento e durante o período pós-parto. Estão subjacentes, à vinculação materna pós-natal, as emoções e sentimentos que a mulher tem em relação ao bebé e a si mesma como mãe, estando incluídos o prazer da mãe em interagir com o bebé, a sua capacidade para compreender e satisfazer as necessidades do bebé e a sua aceitação e tolerância às exigências do papel materno (Condon & Corkindale, 1998; Kinsey & Hupcey, 2013).

É importante clarificar os diferentes termos ‘vinculação’ e ‘*bonding*’, usados de forma intercambiável na literatura. Recentemente, Hill e Flanagan (2020) vieram explicar como eles representam conceitos distintos: a ‘vinculação’ refere-se exclusivamente à ligação entre o bebé e os seus cuidadores, enquanto ‘*bonding*’ descreve especificamente o laço que a mãe forma para com o bebé. Assim, embora “*bonding*” seja frequentemente usado de forma incorreta como sinónimo de vinculação, ele é de facto sinónimo da vinculação materna que é, em si, distinta da própria vinculação. Para fins de clareza e consistência, o termo “vinculação materna” será usado como referente ao “*bonding*” na literatura.

O conceito de “*bonding*” foi introduzido por Klaus e Kennel (1976) para descrever a ligação única que se forma entre a mãe e o bebé desde os primeiros contatos após o parto, considerado um período privilegiado para o estabelecimento da relação. Mas, contrariamente à crença inicial, não parece haver um “ponto crítico” ou “sensível” para o desenvolvimento do vínculo afetivo da mãe face ao bebé (Robson & Moss, 1970). Atualmente, acredita-se que a vinculação materna se instala de forma relativamente gradual (Robson & Moss, 1970; Taylor et al., 2005; Kinsey & Hupcey, 2013) e é facilitada pela resposta hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebé, envolvendo alterações cognitivas, emocionais e comportamentais que facilitam a aproximação física e psicológica (Gholampour et al., 2020).

Diversos fatores biológicos, psicológicos e socioculturais podem influenciar a constituição da vinculação materna. Entre estes, o estado emocional da mãe, as suas relações interpessoais e as experiências prévias de cuidado infantil parecem ter um impacto direto na sua capacidade de resposta (Fleming, 1988). Além disso, períodos mais curtos de separação entre mãe e bebé após o parto foram associados a uma vinculação materna mais forte (Peterson & Mehl, 1978; Feldman et al., 1999). A experiência de parto, a duração do trabalho de parto, as atitudes e expectativas pré-natais e a perceção materna do temperamento do bebé também parecem ter implicações na vinculação materna (Peterson & Mehl, 1978; Bell et al., 2018; Takács et al., 2020). As competências interativas do bebé, como o contato visual, a expressão facial e a imitação da mãe, facilitam o envolvimento emocional materno. Logo, dificuldades comportamentais e limitações na disponibilidade interativa do bebé podem prejudicar a formação da vinculação materna. Como tal, a vinculação materna é um processo de adaptação mútua, no qual tanto a mãe como o bebé participam ativamente, ajustando-se um ao outro ao longo do tempo (Brazelton & Cramer, 1993).

1.2. Sentimento de Competência Materno

Os processos mentais relacionados com a parentalidade, denominados cognições ou auto-perceções parentais, desempenham um papel significativo nas interações entre pais e filhos, associando-se às práticas parentais e ao desenvolvimento socioemocional infantil (Johnston et al., 2018; Wang et al., 2022).

No domínio das auto-perceções parentais, a autoeficácia parental, a confiança parental e a competência parental são utilizadas na literatura para descrever a avaliação dos pais relativamente à sua capacidade de exercerem uma parentalidade bem-sucedida, uma vez que varia em função de contextos e desafios situacionais (Bandura, 1997). A autoeficácia parental refere-se ao sentimento de confiança dos pais na sua capacidade de agir e influenciar eficazmente a criança de acordo com os objetivos parentais desejados (Bandura, 1997). Similarmente, o sentimento de competência parental diz respeito à perceção dos pais sobre a sua capacidade de realizarem tarefas associadas ao cuidado dos filhos, incluindo também o seu grau de satisfação com a parentalidade (Montigny & Lacharite, 2005). O sentimento de competência parental e a autoeficácia parental parecem estar intimamente relacionados, pelo que ambos os construtos são frequentemente usados de forma intercambiável (Vance & Brandon, 2017). Por serem conceitos multidimensionais, são medidos com base em três níveis: (1) nível global, que

se refere à confiança em completar qualquer tarefa; (2) nível de domínio geral, que diz respeito à confiança em realizar tarefas parentais ou envolver-se em comportamentos relacionados à parentalidade; e (3) nível específico do domínio, que envolve a crença dos pais na sua capacidade de exercer a parentalidade em contextos específicos ou sob certas condições (Ferreira et al., 2014; Vence & Brandon., 2017).

A autoeficácia parental é um fator importante para o desenvolvimento infantil saudável (Albanese et al., 2019; Trecca et al., 2022; Glatz et al., 2023). Quando os pais se sentem competentes tendem a adotar práticas parentais mais eficazes e a promover interações mais seguras, calorosas e envolventes com os seus filhos (Coleman & Karraker, 1998). O sentimento de competência parental é crucial para a capacidade dos pais de oferecerem um ambiente adaptativo e estimulante (Kong & Yasmin, 2022), com um impacto especialmente significativo nas mães, dada a sua maior responsabilidade nos cuidados do bebé (Sayer et al., 2004).

Na transição para a maternidade, o sentimento de competência materno traduz-se na perceção da mãe sobre as suas competências para compreender e satisfazer as necessidades do bebé de forma eficaz (Bandura, 1997). A perceção da mulher sobre a sua capacidade enquanto mãe influencia a construção do papel materno e a posterior qualidade dos cuidados prestados ao bebé (Teti & Gelfand, 1991; Copeland & Harbaugh, 2016). Neste sentido, a autoeficácia parental materna foi identificada como um dos principais determinantes de comportamentos parentais competentes (Jones & Prinz, 2005). Aliás, várias intervenções parentais revelaram que o aumento da autoeficácia parental se relaciona com comportamentos parentais mais eficazes e com a redução de problemas comportamentais infantis (Gross et al., 1995; Bloomfield & Kendall, 2012; Benedetto & Ingrassia, 2018; Hohlfeld et al., 2018; Hughes-Scholes & Gavidia-Payne, 2019; Talebi et al., 2023). A autoeficácia parece ativar, nas mães, mecanismos de confronto que são cruciais à adaptação à maternidade e aos cuidados ao recém-nascido, dado que influencia comportamentos, sentimentos, motivações, escolhas e níveis de resiliência perante dificuldades (Bandura 1997; Abuhammad, 2021). Desta forma, faz sentido que a robustez e o sentimento de competência parental, como características internas da mãe, tenham uma correlação negativa com o *stress* parental (Daulay et al., 2018). As mães que se sentem menos desamparadas e inadequadas nas interações com a criança tendem a obter mais prazer com essas interações, o que se reflete numa maior capacidade de resposta para com a criança e respetiva aceitação da criança (Gondoli & Silverberg, 1997). O aumento da confiança para lidar com os

desafios parentais provavelmente reduz a frustração, a angústia e a irritação das mães, evitando a disciplina severa e promovendo a adoção de métodos de disciplina menos coercivos que reduzem a probabilidade de iniciar ou agravar conflitos (Ohan et al., 2000). Um nível elevado de confiança e sentimento de competência materno parecem estar associados a níveis mais baixos de stress parental entre as mães (Liu et al., 2011). Assim, torna-se compreensível como a autoeficácia pode influenciar a interação positiva entre mãe e criança, promovendo não apenas a saúde mental infantil como também o bem-estar materno (Kuhn & Carter, 2006; Ercegovic et al., 2013; Abarashi et al., 2014). Reciprocamente, o fortalecimento da vinculação materna pode aumentar a autoeficácia e a autoconfiança das mães (Kadiroğlu & Tüfekci, 2021).

Por outro lado, se a mulher não se sente preparada para assumir o papel materno, ou se tem dúvidas sobre a sua eficácia enquanto cuidadora, pode sentir-se inadequada e não conseguir lidar com os desafios de forma eficiente, contribuindo para um maior risco de desenvolver sintomatologia ansiosa e depressiva (Leahy-Warren & McCarthy, 2011; Kohlhoff & Barnett, 2013; Karp et al., 2015). A depressão materna, por sua vez, tem um impacto significativo no sentimento de competência materno e na satisfação das mães com o papel materno no período pós-parto (Ngai et al., 2010).

Outras características relacionadas com a mãe também têm impacto no sentimento de competência materno, como por exemplo a sua idade, autoestima, temperamento e resiliência (Mercer & Ferketich, 1995; Shannon, 2000; Grady & Karraker, 2016; Shrooti et al., 2016; Shang et al., 2022). As características do próprio bebé e a sua saúde também influenciam a forma como a mãe se sente relativamente à sua competência materna (Bornstein et al., 2003; Grady & Karraker, 2016; Fang et al., 2021; Zhu et al., 2022). Além disso, fatores educacionais e socioeconómicos também são relevantes para esta temática, assim como o apoio social percebido e a qualidade da aliança conjugal e da comunicação co-parental (Shannon, 2000; Tarkka, 2003; Ponomartchouk & Bouchard, 2014; Fang et al., 2021).

1.3. Prematuridade

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define um bebé pré-termo como aquele que nasce antes das 37 semanas de gestação (OMS, 2023). Embora a definição tenha sido ajustada ao longo dos anos, atualmente o termo correto é "pré-termo", pois refere-se a um nascimento que ocorre antes do término previsto para uma gestação típica, que vai de 38 a 42 semanas. Um bebé nascido após as 37 semanas de gestação não é

considerado pré-termo; no entanto, recomenda-se que, salvo indicação médica, a gravidez continue até às 39 semanas completas para garantir resultados ótimos de saúde do bebé. A prematuridade é classificada com base na idade gestacional (IG) e no peso ao nascimento (PN). Em termos de idade gestacional, os bebés podem ser classificados como pré-termos moderados ou tardios ($32 \leq IG < 37$ semanas), muito pré-termos ($28 \leq IG < 32$ semanas) ou pré-termo extremo ($IG < 28$ semanas). Quanto ao peso ao nascimento, os bebés podem ser categorizados como de baixo peso ($1500g \leq PN < 2500g$), muito baixo peso ($1000g \leq PN < 1500g$) ou peso extremamente baixo ($PN < 1000g$) (Cutland et al., 2017).

As causas do parto pré-termo são multifacetadas e complexas, o que torna desafiador tanto o seu prognóstico quanto a sua prevenção. Enquanto a maioria dos casos ocorre espontaneamente, alguns são resultado de intervenções médicas necessárias, como indução precoce do parto ou cesariana devido a complicações na gravidez ou outras condições médicas (OMS, 2023). A OMS destaca que múltiplas gestações, infeções e condições crónicas, como diabetes e hipertensão, podem contribuir para o nascimento pré-termo, assim como um histórico de parto pré-termo e a fertilização assistida. Outros aspetos, como condições sociais adversas, incluindo dificuldades financeiras, problemas sociais e comportamentais, consumo de substâncias e baixa escolaridade também podem contribuir para o aumento do risco de parto pré-termo (Antunes et al., 2021). Isto porque os fatores psicossociais influenciam a inflamação e os resultados da gravidez (Giurgescu et al., 2015), dado que mulheres com níveis mais elevados de cortisol apresentam maior risco de parto pré-termo (Giurgescu, 2009). Adicionalmente, a idade materna avançada é outro fator importante a ser considerado como uma causa de parto pré-termo (Cunha, 2018). De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a idade média das mulheres portuguesas durante a primeira gravidez em 2021 foi de 30.9 anos. No entanto, cada vez mais, as mulheres tornam-se mães após os 35 anos, idade em que o risco de parto pré-termo aumenta significativamente (Santos, 2021).

Em 2020, estima-se que tenham nascido aproximadamente 13.4 milhões de bebés pré-termo em todo o mundo, o que equivale a mais de 1 em cada 10 bebés nascidos. Em Portugal, a prematuridade é cerca de 8% e a prevalência de pré-termos abaixo das 32 semanas é de 1.2%, sendo a redução da morbilidade um dos objetivos *major* em neonatologia. Os avanços na medicina e tecnologia nos países desenvolvidos têm contribuído para a redução da taxa de mortalidade de bebés nascidos de pré-termo,

possibilitando a sobrevivência de recém-nascidos com idades gestacionais cada vez mais baixas. Em Portugal, a taxa de mortalidade neonatal é relativamente baixa, registando 1.8 mortes por 1000 nados-vivos (Sociedade Portuguesa de Pediatria, n.d.).

O nascimento pré-termo é a principal causa de morte em crianças com menos de 5 anos. Cerca de 900 000 crianças morreram em 2019, devido a complicações associadas ao parto pré-termo. Muitos sobreviventes acabam por enfrentar desafios ao longo da vida, como atrasos no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, problemas de visão e audição e paralisia cerebral, entre outros (OMS, 2023). Além de sequelas físicas, as implicações da prematuridade incluem alterações emocionais e na dinâmica familiar, tanto a curto, médio e longo prazo, gerando insegurança e medo e, potencialmente, prejudicando os cuidados essenciais e afetivos prestados à criança (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

1.4. Díades Pré-Termo

O nascimento de um bebé pré-termo é um evento crítico na vida de uma família (Davis et al., 2003; O'Donovan & Nixon, 2019). Sendo inesperado, tende a gerar stress significativo para os pais, que podem vivenciar sentimentos de culpa, tristeza e preocupações recorrentes com a sobrevivência e saúde do bebé. A incerteza prolongada, a sensação de impotência, a dificuldade em atribuir sentido às circunstâncias e as alterações súbitas nas expectativas parentais contribuem para sentimentos de desamparo diante de esta situação potencialmente traumática (Lasiuk et al., 2013).

A literatura indica que mães de bebés pré-termo têm um risco maior de experienciar sofrimento psicológico em comparação com mães de bebés nascidos a termo (Ahn, 2002; Brandon et al., 2011; Bouras et al., 2015; Ionio et al., 2016; Pisoni et al., 2019; Gonçalves et al., 2020). A apreensão sobre os riscos associados e as sequelas no desenvolvimento aumenta o *stress* e a ansiedade dos pais (Singer, 1999; Hanco et al., 2019; Malin et al., 2020), cuja resposta ao nascimento precoce parece estar ligada à gravidade dos riscos pós-natais (Barber et al., 2020; Genova et al., 2021). Quanto maior o risco de complicações de saúde neonatal, maior a probabilidade de as mães experienciarem níveis de sofrimento psicológico elevados e prolongados durante e além dos primeiros 12 meses após o parto (Misund et al., 2013; Holditch-Davis et al., 2015; Yaari et al., 2019; Brunson et al., 2021; Sandnes et al., 2024). Além disso, o internamento prolongado do bebé na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

(UCIN) tem sido associado a um aumento significativo do sofrimento emocional materno (Medina et al., 2018; Trumello et al., 2018; Gondwe et al., 2019).

Níveis elevados de stress materno associam-se ao aumento da probabilidade de manifestação de sintomatologia ansiosa e depressiva no pós-parto (Davis et al., 2003; Soghier et al., 2020; Worrall et al., 2021). Mais concretamente, a presença de estes sintomas foi associada a uma idade gestacional mais precoce (Ionio et al., 2016), menor peso ao nascimento (Helle et al., 2015; Helle et al., 2016; Barkmann et al., 2018), persistência de doença ou incapacidade do bebé (Miles et al., 2007; Treyvaud & Brown, 2022), um baixo nível socioeconómico (Bener, 2013) e perceção de falta de apoio social (Vigod et al., 2010).

Desta forma, é comum que os pais, especialmente as mães de bebés pré-termo hospitalizados tenham reações psicológicas complexas e prolongadas, como sentimentos de culpa, tristeza pela perda do filho “perfeito”, depressão e até sintomas de perturbação de *stress* pós-traumático (Kantrowitz-Gordon et al., 2016; Anderson & Cacola, 2017; Thivierge et al., 2022). Na revisão sistemática de Paula Eduardo e colaboradores (2019), é apontado que mães de bebés pré-termo enfrentam um maior risco de desenvolverem depressão pós-parto até às 24 semanas após o parto. Os efeitos da depressão materna, como problemas comportamentais, atrasos cognitivos e problemas de saúde física têm sido associados a perturbações na relação precoce (Cooper & Murray, 1998; Coyl et al., 2002; Bernard-Bonnin, 2004; Moehler et al., 2006; Petit et al., 2016; Lubotzky-Gete et al., 2021; O’Dea et al., 2023), mais especificamente, a uma menor sensibilidade materna e menor responsividade dos bebés, bem como ao comprometimento dos cuidados ao bebé (Borghini et al., 2006; Field, 2010; Ionio et al., 2017). Também os próprios bebés pré-termo são mais suscetíveis a interações parentais menos ideais pois tendem a ter problemas comportamentais e cognitivos, sendo menos resilientes, em termos de desenvolvimento, do que bebés nascidos a termo (Niven et al., 1993; Gray, 2004; Feldman & Eidelman, 2007; Leahy-Warren et al., 2020; van Schalkwyk et al., 2020).

Stern e Bruschiweiler-Stern (1998) descrevem como o nascimento pré-termo pode revelar-se um fator de risco para o desenvolvimento insuficiente da relação mãe-bebé. A chegada antecipada do bebé interrompe os preparativos para o parto, deixando a mãe desamparada e com medo de não conseguir proteger o bebé adequadamente. Isso, também, interrompe o desenvolvimento normativo do papel materno, tornando a mãe mais vulnerável. Os medos relacionados ao parto e à saúde do bebé são comuns, mas as

mães de bebês pré-termo muitas vezes não têm tempo para lidar com essas preocupações, nem para ajustar as suas expectativas em relação ao bebê real que, além de ser menos desenvolvido do que o esperado, tende a ser comparado ao bebê imaginário, muitas vezes idealizado de forma irrealista. Além disso, os cuidados intensivos do bebê pré-termo podem causar algum grau de separação entre a mãe e o bebê, reduzindo as oportunidades de interação e levando a sentimentos de incompetência materna, criando potenciais barreiras para a formação do vínculo. Sentimentos de inadequação, também, tendem a ser comuns nestas mães por não terem sido capazes de concluir a gravidez como esperado, mesmo que as circunstâncias estivessem completamente fora do seu controlo (Stern & Bruschiweiler-Stern, 1998; Golish & Powell, 2003).

A responsividade e sensibilidade materna são críticas para maximizar o neurodesenvolvimento em bebês pré-termo (Provasi, 2019). Além do estado psicológico materno, o nascimento pré-termo parece afetar as interações da mãe com o bebê (Harel-Gadassi et al., 2020; Khemakhem et al., 2020). Certos padrões de interação entre mãe e bebê têm sido associados à qualidade do vínculo, sendo considerados fatores de proteção ou de risco para o desenvolvimento infantil (Forcada-Guex et al., 2006; Udry-Jørgensen et al., 2011). Neste sentido, a qualidade das interações entre mãe e bebê pode influenciar positiva e negativamente o desenvolvimento cognitivo, linguístico e social durante o primeiro ano de vida (Rocha et al., 2019). No contexto da díade pré-termo e em linha com as dificuldades maternas associadas, bebês pré-termo de alto risco são mais propensos a desenvolverem uma vinculação insegura que, por sua vez, se correlacionou com interações caracterizadas por comportamentos maternos controladores e uma respetiva conformidade compulsiva do bebê (Udry-Jørgensen et al., 2011). Em particular, um padrão diádico “controlador” e uma menor sensibilidade materna foram associados a elevados sintomas de stress pós-traumático materno e representações maternas distorcidas (Muller-Nix et al., 2004; Forcada-Guex et al., 2011), bem como a resultados de desenvolvimento infantil menos favoráveis. Bebês pré-termo de alto risco podem, portanto, enfrentar um maior risco para um desenvolvimento socioemocional menos ideal dadas as suas dificuldades na resposta ao stress e a exposição a um vínculo materno abaixo do ideal (Sansavini et al., 2015; Provenzi et al., 2016; Provenzi et al., 2019).

A literatura destaca o “estereótipo da prematuridade” como um exemplo particular da “síndrome da criança vulnerável”, um fenómeno estudado por Green e Solnit (1964). Segundo os autores, a forma como os pais percecionam a vulnerabilidade dos filhos

pode afetar as suas interações, levando-os a subestimarem ou a serem excessivamente protetores das crianças, caso as considerem mais vulneráveis do que realmente são. Isto pode levar a uma confirmação das expectativas iniciais de uma menor resiliência da criança e ter efeitos comportamentais e de desenvolvimento a longo prazo (Green & Solnit, 1964; Green, 1986). O estereótipo da prematuridade, por sua vez, aplica-se a crenças pré-concebidas sobre bebés nascidos de pré-termo. A culpa materna pode provocar comportamentos intrusivos e sobreprotetores na relação com o bebé (Granero-Molina et al., 2019). Nas suas várias investigações, Marilyn Stern e diversos colaboradores (1984, 1986, 1988, 1992, 2000) constatam que, quando as mães de bebés pré-termo classificaram bebés desconhecidos como nascidos a termo, as suas descrições mostraram-se mais positivas. Pelo contrário, quando as mães classificaram os bebés desconhecidos como nascidos de pré-termo, as suas descrições eram menos positivas. Por exemplo, os bebés rotulados como pré-termo foram considerados como mais frágeis, menos atraentes e menos ativos (Stern & Hildebrandt, 1984, 1986; Stern & Karraker, 1988, 1992; Stern et al., 2000).

Contudo, apesar de o stress parental estar associado à prematuridade, a literatura não aponta sempre no mesmo sentido. Parece existir bastante heterogeneidade nas respostas emocionais maternas ao nascimento pré-termo, sendo que o *stress* materno vivenciado pode não ser de todo inadequado para a relação mãe-bebé (Hall et al., 2017). Existem evidências de que as díades pré-termo não correm necessariamente um maior risco de desenvolverem uma vinculação insegura em comparação com as díades de termo (Jackson & Gorman, 1988; Easterbrooks, 1989; Korja et al., 2009; Korja et al., 2010; Fuertes et al., 2011). Inclusive, alguns estudos mostram que mães de bebés pré-termo relatam uma ligação de melhor qualidade com os filhos do que mães de bebés nascidos a termo (Hoffenkamp et al., 2012; Korja et al., 2012; Hall et al., 2015).

Estas descobertas podem ser interpretadas tendo em conta a teoria dos cuidados compensatórios desenvolvida por Beckwith e Cohen (1978). Os autores propuseram a existência de um mecanismo homeostático dentro da díade cuidador-bebé, permitindo que os cuidadores de bebés frágeis ou doentes ofereçam mais cuidados parentais a fim de compensarem e mitigarem possíveis efeitos negativos para o bebé. Eizirik e colaboradores (1994) observaram comportamentos interativos mais positivos em díades pré-termo com bebés que necessitaram de mais intervenções médicas. Em linha com a proposta de Beckwith e Cohen (1978), a prematuridade pode induzir um mecanismo adaptativo à imaturidade do bebé, fortalecendo o vínculo na díade pré-termo (Davis et

al., 2003). Assim, contrariamente às expectativas, o nascimento pré-termo pode promover um estilo parental mais protetor e apoiante (Pyhälä et al., 2011), levando as mães a adotar comportamentos mais ativos e sensíveis (Holditch-Davis et al. 2003; Santos et al., 2016). Por exemplo, Evans e colaboradores (2022) observaram que um aumento na autoeficácia materna foi associado a um aumento da qualidade do vínculo materna e da capacidade de resposta de mães de bebês pré-termo até 12 meses de idade corrigida.

1.5. Representações Maternas

Na transição para a parentalidade, ocorre uma mudança do sistema comportamental de vinculação, alicerçado na necessidade de proteção, no sentido de ativar o sistema comportamental de cuidado (George & Solomon, 1999). A relação de cuidado que se desenvolve entre a mãe e o bebê pode ser orientada pelas experiências subjetivas maternas, isto é, pelas representações mentais maternas relativamente à sua história relacional (Bowlby, 1969/1982; Stern, 1991). Stern (1991) introduziu o conceito de "representações maternas" para se referir às imagens mentais que as mulheres constroem sobre si mesmas como mães e sobre os seus bebês, compreendendo pensamentos, sentimentos, esperanças, expectativas e ideias sobre o bebê e a sua relação com ele. Estas representações são influenciadas por fatores associados ao bebê e às interações com o bebê, assim como pelas experiências de vida das mães e as suas relações com as figuras cuidadoras das suas infâncias (Bowlby, 1969/1982; Stern, 1991; Slade et al., 1999; Zdolska-Wawrzkiwicz et al., 2020).

As mães podem desenvolver representações "equilibradas" ou "desequilibradas". Representações equilibradas aludem a ideias positivas, envolvimento emocional e reconhecimento da individualidade do bebê. Representações desequilibradas caracterizam-se por défices na comunicação afetiva e podem manifestar-se por frieza e distanciamento (representações descomprometidas) ou confusão e preocupação excessiva (representações distorcidas) (Benoit et al., 1997). Por esta razão, as representações maternas seguras podem reduzir o stress associado à maternidade (Strathearn et al., 2009; Behringer et al., 2011; Hwang et al., 2022), enquanto as representações desequilibradas preveem interações descontínuas e um padrão de vinculação desorganizado na díade (Crawford & Benoit, 2009).

O estatuto socioeconómico, a qualidade da relação conjugal e o bem-estar psicológico dos pais, bem como o temperamento e a vulnerabilidade biológica da

criança são outros fatores que podem influenciar as representações maternas (Huth-Bocks, Levendosky, Bogat, & von Eye, 2004; Slade et al., 1999). Portanto, o nascimento pré-termo apresenta-se como fator de risco. Por exemplo, Borghini e colaboradores (2006) mostraram que mães de bebês pré-termos tinham mais representações desequilibradas sobre os seus bebês do que mães de bebês nascidos a termo. Meijssen e colaboradores (2011), também, observaram que 30% das mães de bebês muito pré-termos na sua amostra apresentavam representações desequilibradas.

Mas, como já foi elaborado anteriormente, a literatura não é consistente e, embora a prematuridade represente uma situação de risco significativo, os mecanismos de cuidados compensatórios podem desempenhar um papel crucial na prevenção do desenvolvimento de representações maternas desequilibradas. Como Hall e colaboradores (2015) referem no seu estudo, um parto pré-termo não tem necessariamente de gerar representações maternas desequilibradas.

1.6. Memórias Parentais de Infância

Nesta investigação, as "memórias parentais de infância" abrangem vários termos encontrados na literatura, tais como '*memories of upbringing*', '*child-rearing memories*' e '*memories of parental rearing*'. Estes conceitos são frequentemente usados para se referirem às perceções dos indivíduos sobre os cuidados recebidos das suas figuras parentais durante a infância. Estas perceções adotam um papel cada vez mais relevante na investigação acerca de problemáticas como a "transferência intergeracional" de modelos internos de funcionamento. O aspeto intergeracional da vinculação evidencia como os padrões de vinculação formados na infância de um indivíduo impactam significativamente as suas relações interpessoais e o seu bem-estar emocional ao longo da vida, indicando que as experiências relacionais na primeira infância podem afetar as relações sociais e parentais nas gerações seguintes (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980; Ainsworth, 1985; Waters et al., 2000).

Assim, destaca-se a importância das memórias parentais de infância para a saúde mental e o bem-estar psicológico materno no pós-parto (Grant et al., 2012; Duman et al., 2018). A perspetiva intergeracional sugere que as experiências de cuidado na infância podem influenciar a capacidade de as mães lidarem com a parentalidade (Hall et al., 2015). Vários estudos mostram que os relatos maternos de cuidados afetivos recebidos na infância estão associados a um estilo de vinculação seguro. Estas mães tendem a estabelecer laços seguros com os seus filhos, demonstrando uma maior

sensibilidade aos seus sinais e um maior respeito pela sua autonomia (Biringen, 1990; Crandell et al., 1997; Shah et al., 2010; Cassibba et al., 2017). Por outro lado, mães com recordações de cuidados negativos associados a um estilo de vinculação inseguro podem transmitir esses padrões aos seus filhos (Solomon et al., 2006; Kretchmar & Jacobvitz, 2002; Ludmer et al., 2018). Deste modo, a literatura aponta, cada vez mais, para uma ligação entre a qualidade da relação mãe-bebé e a forma como a mãe recorda as suas próprias experiências de infância (Main et al., 1985; Fonagy et al., 1991).

Os casos clínicos estudados por Arietta e Cohen (1996) indicam que as diferenças nas representações maternas acerca da criança e dos cuidados que lhe presta dependem amplamente das experiências ocorridas na infância das próprias mães, ao nível dos cuidados recebidos. Isto leva a entender que as experiências passadas influenciam profundamente o desenvolvimento de sentimentos de proteção e cuidado nos cuidadores. Por exemplo, Ohara e colaboradores (2018) observaram que a perceção dos cuidados recebidos na infância influencia a manifestação de perturbações na relação com o bebé. Recordações de cuidados parentais pouco afetivos, especialmente uma parentalidade sobreprotetora ou controladora que nega a autonomia, associam-se a sintomatologia depressiva no puerpério e ao longo da vida (Narita et al., 2000; Grant et al., 2012; Duman et al., 2018) e a um estilo de vinculação ansioso, aumentando a probabilidade de ocorrerem dificuldades na formação do vínculo mãe-bebé (Hakhmigari et al., 2021). Particularmente, recordações de cuidados negligentes e experiências adversas na infância, sobretudo com o próprio pai, parecem influenciar de forma negativa a relação mãe-bebé e o bem-estar psicológico materno (Duman et al., 2018; Mattheß et al., 2023).

Relativamente à prematuridade e em linha com os resultados mencionados, Hall e colaboradores (2015) observaram que o vínculo com o bebé é fortemente influenciado pelas perceções dos pais sobre os cuidados recebidos na infância, tanto para mães quanto para pais de bebés nascidos a termo e pré-termo. Também Freitas e colaboradores (2016) observaram que o prazer, o conhecimento e a sensibilidade, bem como o investimento parental no primeiro ano após o parto estão significativamente relacionados com as representações maternas dos cuidados recebidos na infância.

2. Problema e Relevância da Investigação, Objetivos e Hipóteses

2.1. Problema de Investigação

A vinculação materna é a ligação que a mãe forma relativamente ao bebé, desde a gravidez (Condon, 1993; Teixeira et al., 2016). No puerpério, a disponibilidade, sensibilidade e consistência da mãe nas respostas ao bebé são cruciais para o desenvolvimento da relação entre os membros da díade e para o desenvolvimento socioemocional da criança (Bowlby, 1969). Compreender e apoiar a adaptação da mãe à maternidade é fundamental, especialmente num contexto de risco como a prematuridade. O parto pré-termo, sendo frequentemente um acontecimento inesperado, vem interromper o desenvolvimento psicológico normativo durante a gravidez e, conseqüentemente, pode afetar o desenvolvimento da vinculação materna (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998). A chegada antecipada e abrupta do bebé pode desencadear sentimentos maternos de culpa, medo e angústia, interferindo com a capacidade de a mãe se adaptar ao papel materno e às suas exigências e fazendo com que esta se sinta inadequada e menos competente perante um bebé mais vulnerável (Golish & Powell, 2003).

Para compreender melhor a vivência materna num contexto de risco que, por sua vez, coloca à prova os recursos psicológicos das mães, é útil explorar os fatores que podem influenciar a sua vivência da maternidade, como as suas recordações de infância. Esta investigação foca-se, portanto, no impacto das memórias maternas sobre os cuidados recebidos na infância sobre a ligação que as mães estabelecem com os seus bebés e sobre a sua perceção de competência enquanto figura materna. O propósito é enfatizar a importância das experiências de vinculação dos pais durante as suas próprias infâncias e a forma como estas afetam a sua capacidade de se assumirem como pais e estabelecerem laços com os próprios filhos.

2.2. Relevância do Problema de Investigação

Investigar como o sentimento de competência parental e as memórias parentais de infância afetam a vinculação materna no contexto da prematuridade pode contribuir positivamente para a compreensão das relações mãe-filho e, por extensão, para o bem-estar das mães e das crianças. Os dados obtidos podem alargar o leque de conhecimentos acerca das dinâmicas familiares e identificar fatores de risco e proteção relacionados com a vinculação materna no contexto da prematuridade. Isto permite

informar os profissionais de saúde que lidam com esta população e informar o desenvolvimento de intervenções e programas de apoio direcionados a mães que enfrentam dificuldades ao nível do estabelecimento de vínculos saudáveis com os seus filhos. Neste sentido, os resultados de esta investigação poderão ser úteis para orientar políticas de saúde destinadas a melhorar a qualidade dos serviços de apoio à maternidade oferecidos pelas instituições de saúde. Isto inclui a implementação de práticas aprimoradas nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCINs) onde mães e bebês nascidos de pré-termo recebem cuidados especializados. Melhorar o apoio nessas unidades pode reduzir o *stress* materno, promover vínculos mais fortes e contribuir para o desenvolvimento saudável dos bebês.

2.3. Objetivo

O objetivo desta investigação é o de compreender a relação entre a percepção de competência parental de mães de bebês pré-termo e a formação de vínculos maternos no período pós-natal, assim como a influência da percepção das mães acerca das suas relações com as figuras cuidadoras da sua infância. O projeto irá avaliar se a percepção de competência parental das mães tem um impacto na vinculação materna pós-natal. Além disso, irá investigar se a percepção das mães acerca da sua relação com as figuras cuidadoras durante as suas infâncias age como um mediador na relação entre a percepção de competência parental e a vinculação materna pós-natal.

2.4. Hipóteses Gerais (HG)

Hipótese Geral 1 (HG1): O Sentimento de Competência Parental contribui significativamente para a explicação da variância estatística da Vinculação Materna Pós-Natal de mães que deram à luz um bebê pré-termo ($IG \leq 37$ semanas) nascido há 12 meses ou menos.

Hipótese Geral 2 (HG2): As Memórias Parentais de Infância medeiam a relação entre o Sentimento de Competência Parental e a Vinculação Materna Pós-Natal em mães que deram à luz um bebê pré-termo ($IG \leq 37$ semanas) nascido há 12 meses ou menos.

3. Metodologia

3.1. Definição de Variáveis

Na Hipótese Geral 1, a variável independente é o Sentimento de Competência Parental e a variável dependente é a Vinculação Materna Pós-Natal.

Na Hipótese Geral 2, as Memórias Parentais de Infância constituem uma variável mediadora entre a variável independente Sentimento de Competência Parental e a variável dependente Vinculação Materna Pós-natal.

3.2. Operacionalização das Variáveis

As variáveis acima referidas serão analisadas a partir das percepções maternas. Para a sua operacionalização, recorreu-se à aplicação de um conjunto de escalas de avaliação desenvolvidas com base nos construtos teóricos que as fundamentam. Foi criado um Questionário Sociodemográfico e Clínico especificamente para esta investigação (Anexo I). Além disso, foram utilizados os seguintes instrumentos: a Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (Condon & Corkindale, 1998), a Escala de Sentimento de Competência Parental (Johnston & Mash, 1989) e o *Parental Bonding Instrument* (Parker et al., 1979) (Anexos II, III e IV). Os resultados foram analisados com base nos dados obtidos através destas escalas, que se encontram descritas em seguida e estão incluídas em anexo juntamente com o documento referente à autorização dos autores das mesmas para a sua aplicação nesta investigação (Anexo V).

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC)

As informações sociodemográficas recolhidas a partir do QSDC dizem respeito à data de nascimento das mães, idade, nacionalidade, naturalidade, número de anos de escolaridade concluídos com sucesso (NAECS), estatuto laboral, estatuto conjugal, estatuto socioeconómico e agregado familiar. Foram, também, recolhidas informações relativamente ao pai do bebé. De igual modo, foram registadas informações sobre a ocorrência de antecedentes psiquiátricos.

As informações clínicas recolhidas a partir do QSDC focam-se nos dados relativos à gravidez, ao parto, ao pós-parto (*e.g.*, data de nascimento do bebé, sexo, peso à nascença, índice de APGAR, entre outros).

3.2.2. Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPósN)

A Escala de Vinculação Materna Pós-Natal, desenvolvida por Condon e Corkindale (1998) e originalmente denominada *Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS)*, tem como objetivo avaliar a vinculação parental pós-natal, abrangendo tanto a figura materna e paterna, com foco nas atitudes, sentimentos e pensamentos em relação ao bebê.

A escala foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Carrulo (2016), tendo em conta apenas a população materna e sendo designada por *Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPósN)*. Este instrumento é uma medida de autorrelato e, tal como na versão original, é composto por dezanove afirmações pontuáveis em escalas que podem variar entre 1 e 5 pontos. A versão portuguesa manteve os três fatores da versão original que permitem organizar a informação relativa à vinculação materna pós-natal: a Qualidade da Vinculação (9 itens), que se refere ao sentimento de confiança e satisfação em ser mãe; a Ausência de Hostilidade (5 itens), que se refere à falta de ressentimento e de sentimentos negativos para com a criança, tais como a hostilidade ou irritação; e, finalmente, o Prazer na Interação (5 itens), que se refere ao desejo de proximidade e de interação com a criança. A soma de todos os dezanove itens permite obter um fator geral com uma boa consistência interna ($\alpha = .86$).

Na presente amostra, foram observados os valores de consistência interna para cada subescala da EVMPósN (Anexos VI, VII, VIII e VIX). Tendo em conta a importância da variância estatística dentro de cada escala e as análises de consistência interna realizadas após a eliminação dos itens que permitiam o aumento da consistência interna, optou-se por não eliminar nenhum dos itens em todas as escalas, uma vez que a diferença seria mínima. Assim, as escalas ficaram constituídas pelos itens da versão Carrulo (2016). A partir do *software SPSS*, procedeu-se à inversão dos itens 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14 e à ponderação dos itens 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18 e 19.

Apresentam-se agora, na Tabela 1, os resultados da presente amostra nas subescalas deste instrumento (Anexo X).

Tabela 1.*Percepção do vínculo materno face ao bebé no período pós-natal (N = 53)*

Variáveis	M	DP	Mín.	Máx.	α
Qualidade da Vinculação	41.61	3.358	32.70	45	.75
Ausência de Hostilidade	19.80	2.860	15	25	.54
Prazer na Interação	23.13	2.337	12	25	.66
Vinculação Materna Total	84.54	6.910	60.10	94	.81

3.2.3. Escala de Sentimento de Competência Parental

A *Parenting Sense of Competence Scale (PSCS)*, originalmente desenvolvida por Gibaud-Wallston e Wandersman (1978) e reformulada por Johnston e Mash (1989), tem como objetivo avaliar a autopercepção da competência parental enquanto domínio geral.

A escala foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Ferreira e colaboradores (2011), que a intitularam de *Escala de Sentimento de Competência Parental (ESCP)*. A ESCP é uma medida de autorrelato composta por dezassete itens, respondidos através de escalas de *Likert* de 6 pontos, variando desde 1, que indica "Concordo Fortemente", até 6, que representa "Discordo Fortemente". Existem duas versões da escala, uma destinada aos pais e outra às mães. A informação relativa à autopercepção da competência parental enquanto domínio geral é organizada em três fatores: a Eficácia (itens 1, 6, 7, 10, 11, 13 e 15), que se refere à competência dos pais para resolverem os problemas e/ou dificuldades relacionadas com os filhos; a Satisfação, na verdade Insatisfação (itens 3, 4, 5, 9 e 16), que indica o grau em que os pai se sentem frustrados, ansiosos e pouco motivados no seu papel parental; e o Interesse (itens 2, 12 e 14), que se refere ao interesse que os pais sentem ao desempenharem o seu papel parental.

A adaptação portuguesa da Escala de Sentimento de Competência Parental (ESCP) por Ferreira e colaboradores (2011) utiliza uma escala *Likert* que varia de 1 (Concordo Fortemente) a 6 (Discordo Fortemente). No entanto, o protocolo de aplicação da ESCP adotado nesta investigação seguiu a versão original de Gibaud-Wallston e Wandersman (1978), recorrendo a uma escala *Likert* invertida, que varia de 1 (Discordo Fortemente) a 6 (Concordo Fortemente). Para assegurar a consistência entre as subescalas de Satisfação e Eficácia, todos os itens da subescala de Eficácia foram invertidos (itens 1, 6, 7, 10, 11, 13, 15 e 17), de modo a que ambas as subescalas

refletissem uma direção negativa. Isto significa que, após a inversão, pontuações mais elevadas nas subescalas Satisfação e Eficácia indicam maior insatisfação e menor eficácia. Além disso, os itens 8 e 17 foram eliminados (Ferreira et al., 2011).

Na amostra da presente investigação, as variáveis da ESCP, ao nível da Eficácia percebida pela mãe no seu papel parental, apresentam os valores de média, desvio-padrão, mínimo, máximo e consistência interna, que se podem observar na Tabela 2 (Anexos X, XI, XII, XIII).

A subescala de Eficácia e a subescala de Satisfação não sofreram eliminação de itens, uma vez que não era possível melhorar os seus índices de consistência interna. Como o fator Interesse não revelou um valor de consistência interna aceitável, esta subescala foi excluída nas análises seguintes. Assim, os itens 2, 12 e 14 foram eliminados.

Tabela 2.

Perceção de sentimento de competência parental da mãe (N = 53)

Variáveis	M	DP	Mín.	Máx.	α
Satisfação	12.51	4.093	6	22	.69
Eficácia	14.40	4.413	7	25	.77
Interesse	5.604	2.169	3	11	.30

3.2.4. Parental Bonding Instrument (PBI)

O *Parental Bonding Instrument* (PBI) foi desenvolvido por Parker e colaboradores (1979) e tem como objetivo avaliar a contribuição do comportamento dos pais no desenvolvimento de um vínculo afetivo adequado durante a infância e a adolescência dos filhos (Ramos, 2007; Teodoro et al., 2010).

A escala foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Geada (2003). O PBI é um instrumento de autorrelato composto por vinte e cinco itens. Em cada item, a resposta do participante deve representar o grau em que um determinado comportamento era característico dos seus pais. A resposta deve ser dada separadamente, para o pai e para mãe. As respostas são atribuídas em escalas de tipo *Likert* de 4 pontos, variando desde 0, que indica “Sempre ou quase sempre”, até 3, que indica “Nunca ou quase nunca”. Para esta avaliação, o participante deve refletir sobre as suas recordações quanto ao comportamento dos seus pais relativamente a si, até aos 16 anos de idade.

O PBI compreende duas dimensões: Cuidado e Sobreproteção. A dimensão Cuidado tem 12 itens e engloba o afeto e carinho, empatia e proximidade vs. frieza emocional, indiferença, rejeição e negligência. A dimensão Sobreproteção tem 13 itens e é caracterizada pelo controlo, intrusão, contacto excessivo, infantilização e prevenção de comportamento independente, sugerindo a permissão, ou não, da independência e autonomia.

Na amostra da presente investigação, as variáveis do PBI ao nível do Cuidado e Sobreproteção, percecionadas na relação com a figura materna e com a figura paterna até aos 16 anos de idade, apresentam os valores de média, desvio-padrão, mínimo, máximo e consistência interna, que se podem observar na Tabela 3 (Anexos X, XIV, XV, XVI e XVII).

Tendo em conta a importância da variância estatística dentro de cada escala e as análises de consistência interna realizadas após a eliminação dos itens que permitiam o aumento da consistência interna, optou-se por não eliminar nenhum dos itens em todas as escalas, uma vez que a diferença seria mínima.

Tabela 3.

Memórias infantis de cuidados na relação com a mãe e com o pai (N = 53)

Variáveis	M	DP	Mín.	Máx.	α
Cuidado da Mãe	37.91	7.225	21	48	.89
Sobreproteção da Mãe	28.02	8.059	18	48	.89
Cuidado do Pai	36.32	7.797	19	48	.94
Sobreproteção do Pai	25.43	8.023	13	51	.91

3.3. Hipóteses Específicas (HE)

Para o presente estudo, foram definidas as seguintes hipóteses específicas (Anexo XVIII). A “Satisfação” no Sentimento de Competência Parental (SCP) contribui significativamente para a explicação da variância estatística da “Qualidade da Vinculação” (QV) (HE1), “Ausência de Hostilidade” (AH) (HE2), “Prazer na Interação” (PI) (HE3) e “Vinculação Total” (VT) (HE4). A “Eficácia” no SCP contribui para a explicação da variância estatística da “QV” (HE5), da “AH” (HE6), do “PI” (HE7) e da “VT” (HE8). O “Cuidado da Mãe” medeia a relação entre a “Satisfação” no SCP e a “QV” (HE9), entre a “Satisfação” e a “AH” (HE10), entre a “Satisfação” e o

“PI” (HE11) e entre a “Satisfação” e a “VT” (HE12). O “Cuidado da Mãe” medeia a relação entre a “Eficácia” no SCP e a “QV” (HE13), entre a “Eficácia” e a “AH” (HE14), entre a “Eficácia” e o “PI” (HE15) e entre a “Eficácia” e a “VT” (HE16). A “Sobreproteção da Mãe” medeia a relação entre a “Satisfação” no SCP e a “QV” (HE17), entre a “Satisfação” e a “AH” (HE18), entre a “Satisfação” e o “PI” (HE19) e entre a “Satisfação” e a “VT” (HE20). A “Sobreproteção da Mãe” medeia a relação entre a “Eficácia” no SCP e a “QV” (HE21), entre a “Eficácia” e a “AH” (HE22), entre a “Eficácia” e o “PI” (HE23) e entre a “VT” (HE24). O “Cuidado do Pai” medeia a relação entre a “Satisfação” e a “QV” (HE25), entre a “Satisfação” e a “AH” (HE26), entre a “Satisfação” e o “PI” (HE27) e entre a “Satisfação” e a “VT” (HE28). O “Cuidado do Pai” medeia a relação entre a “Eficácia” e a “QV” (HE29), entre a “Eficácia” e a “AH” (HE30), entre a “Eficácia” e o “PI” (HE31) e entre a “Eficácia” e a VT (HE32). A “Sobreproteção do Pai” medeia a relação entre a “Satisfação” e a “QV” (HE33), entre a “Satisfação” e a “AH” (HE34), entre a “Satisfação” e o “PI” (HE35) e entre a “Satisfação” e a “VT” (HE36). A “Sobreproteção do Pai” medeia a relação entre a “Eficácia” e a “QV” (HE37), entre a “Eficácia” e a “AH” (HE38), entre a “Eficácia” e o “PI” (HE39) e entre a “Eficácia” e a “VT” (HE40).

3.4. Procedimentos

3.4.1. Recrutamento e Recolha Online

O recrutamento de participantes para esta investigação foi realizado por meio da divulgação de uma mensagem nas redes sociais – *Facebook* e *Instagram* (Anexo XIX) – que convidava as interessadas a participar. A mensagem incluía um *link* para a plataforma *Qualtrics* (Anexo XX), instalada no servidor hospedeiro da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Ao acessar o *link*, as participantes encontravam o Consentimento Informado (Anexo XXI), que assegurava o anonimato e a confidencialidade das respostas e dados fornecidos. Esta abordagem permitiu recolher participantes através do método Bola de Neve.

O facto de esta amostra ser recolhida via *online* pode motivar alguma questão de representatividade da população. Contudo, estes problemas já foram investigados e concluiu-se que as distorções não são significativas, pelo que a recolha de dados *online* apresenta-se como uma alternativa válida às técnicas tradicionais de recolha presencial (*e.g.*, Gosling et al., 2004; Regmi et al., 2016; Walter et al., 2018).

A crescente recolha de dados online surge como uma consequência da facilidade de acesso a dispositivos eletrónicos com acesso à internet nos últimos anos (Smyth, 2018; Molnar, 2019). Esta metodologia revela-se mais económica ao nível da preparação de questionários, assim como na subsequente colheita, armazenamento e visualização dos dados que podem ser diretamente transferidos para o *software* de análise estatística (Nayak & Narayan, 2019). Se realizada adequadamente, a recolha de dados online apresenta vantagens significativas sobre outros tipos de recolha (Evans & Mathur, 2005), tornando-se especialmente eficaz pelo seu baixo custo e curta duração, por permitir a obtenção de dados em tempo real, uma amostra maior e geograficamente diversificada e um controlo metodológico mais rigoroso (Evans & Mathur, 2005; Molnar, 2019; Nayak & Narayan, 2019). Assim, a recolha de dados online tem sido, ao longo do tempo, cada vez mais requisitada e aceite pelos investigadores (Evans & Mathur, 2018).

Apesar das vantagens deste tipo de recolha, muitas participantes não concluíram os questionários, limitando o tamanho da amostra. Isto pode ser devido à extensão dos questionários e aos sentimentos suscitados nas em participantes de risco. Galesic (2006) mostra que o interesse e a sobrecarga vivenciados pelos indivíduos em investigações online variam ao longo da sua resposta ao questionário, influenciados pelas características das perguntas, dos próprios participantes e do *design* do estudo. Participantes que abandonam a resposta, geralmente, mostram menos interesse e mais sobrecarga. Galesic e Bosnak (2009) indicam que questionários mais longos têm menores taxas de início e conclusão.

3.4.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Na presente investigação, foram excluídas as candidatas a participantes que não cumpriam os seguintes critérios: a) ser do género feminino; b) ser mãe de um bebé nascido de pré-termo ($IG \leq 37$ semanas) há 12 meses ou menos; c) possuir domínio escrito e oral da língua portuguesa; e) ter idade superior a 18 anos. Neste sentido, foram excluídas todas as senhoras que não cumpriam estes critérios ($n = 6$) e incluídas todas as que cumpriam ($N = 53$).

3.5. Caracterização da Amostra

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra (variáveis avaliadas em escalas intervalares e escalas categoriais) estão apresentados nas seguintes tabelas (Anexos XXII e XXIII).

Tabela 4.

Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas avaliadas em escalas intervalares (N = 53)

Variáveis	M	DP	Mín.	Máx.
Idade	32.26	3.89	24	41
Nº de anos de estudo com sucesso	16.82	2.82	12	24
Nº de gravidezes anteriores	1.47	.74	1	3

De acordo com a informação da Tabela 4, a amostra obtida é relativamente jovem, com um nível de escolaridade elevado e, na maioria dos casos, é uma amostra constituída por uníparas.

Passamos agora à Tabela 5, onde constam os dados sociodemográficos avaliados em escalas categoriais.

Tabela 5.

Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Variáveis	n	%
Estatuto conjugal	Solteira	4 7.50
	Casada	26 49.10
	União de facto	23 43.40
Estatuto laboral	Trabalhadora-estudante	1 1.90
	Empregada por conta própria	10 18.90
	Empregada por conta de outrem	35 66
	Desempregada	7 13.20

	Vencimento mensal fixo	42	79.20
Principal fonte de rendimento	Vencimento variável	8	15.10
	Pensões	3	5.70
Agregado familiar	Companheiro + filho	33	62.26
	Companheiro + filhos	15	28.30
	Companheiro + filho + enteado	1	1.88
	Mãe + padrasto + irmão/s + filho	1	1.88
	Companheiro + filho + sogro/s	1	1.88
	Só filho	2	3.77

Relativamente ao estatuto conjugal, pela informação que consta na Tabela 5, verifica-se que grande parte das participantes se encontra numa relação conjugal por casamento ou união de facto e apenas uma minoria está solteira. Quanto ao estatuto laboral e à fonte de rendimento, observa-se que mais de metade das participantes trabalha por conta de outrem e tem um vencimento mensal fixo. A grande maioria das participantes vive com o companheiro e filho(s).

Seguidamente, apresenta-se a Tabela 6, referente às variáveis avaliadas em escalas categoriais no que diz respeito ao pai do bebé.

Tabela 6.

Estatística descritiva das variáveis relativas ao pai do bebé avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Variáveis	n	%	
	Só consultas	22	41.50
Acompanhamento do pai	Consultas + preparação p/ parto	30	56.60
	Não acompanhou	1	1.90
Caso não coabite c/ pai, encontra-se com ele	Todos/quase todos os dias	2	3.80
	Nunca/quase nunca	1	1.90
Apoio do pai nas decisões relativas à gravidez	Sim	52	98.10
	Não	1	1.90

A Tabela 6 revela que, na grande maioria da amostra, o pai do bebé acompanhou a participante de alguma forma: nas consultas ou nas consultas e preparação para o parto juntamente. Também, a grande maioria das participantes se sentiram apoiadas pelo pai do bebé nas decisões relativas à gravidez. Apenas 3 das participantes não coabitam com o pai do bebé.

Apresenta-se a Tabela 7 com as variáveis avaliadas em escalas categoriais relativas à última gravidez.

Tabela 7.

Estatística descritiva das variáveis relativas à última gravidez avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Variáveis		n	%
Tipo de gravidez	Simple	47	88.70
	Gemelar	6	11.30
Primeira gravidez	Sim	38	71.70
	Não	15	28.30
Gravidez planeada	Sim	43	81.10
	Não	10	18.90
Gravidez desejada	Sim	53	100
Gravidez vigiada	Sim	53	100
Gravidez planeada em conjunto	Sim	43	81.10
	Não	10	18.90
Gravidez desejada em conjunto	Sim	50	94.30
	Não	3	5.70
Gravidez vigiada em conjunto	Sim	52	98.10
	Não	1	1.90
Problemas de saúde durante a gestação	Sim	27	50.90
	Não	26	49.10

Relativamente à última gravidez, a Tabela 7 indica que a maioria das participantes teve uma gravidez simples e as restantes uma gravidez bi-gemelar. Também, a maioria das mães refere ter sido a sua primeira gravidez e ter planeado a mesma. Todas as mães

desejaram e vigiaram a gravidez. A maioria das gravidezes foi planeada em conjunto e desejada em conjunto. Além disso, metade das mães relata ter tido problemas de saúde durante a gestação.

De seguida, apresenta-se a Tabela 8 com as variáveis avaliadas em escalas categoriais relativas ao trabalho de parto.

Tabela 8.

Estatística descritiva das variáveis relativas ao trabalho de parto avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Variáveis	n	%	
Tipo de parto	Vaginal sem anestesia	6	11.30
	Vaginal com epidural	21	39.60
	Cesariana com epidural	18	34
	Cesariana com anestesia geral	8	15.10

A Tabela 8 indica que pouco mais de metade das participantes tiveram um parto vaginal e pouco menos de metade tiveram um parto por cesariana.

Apresenta-se, agora, a Tabela 9 com as variáveis avaliadas em escalas intervalares relativas ao bebé.

Tabela 9.

Estatística descritiva das variáveis relativas ao bebé avaliadas em escalas intervalares (N = 53)

Variáveis	M	DP	Mín.	Máx.
Idade gestacional (semanas)	33.72	2.384	27	37
Peso ao nascimento (gramas)	2114.15	531.90	1004	3140
Comprimento ao nascimento (centímetro)	43.42	3.695	32	52
APGAR	8.13	1.646	3	10
Internamento em incubadora (dias)	20.13	20.548	1	86
Idade do bebé (meses)	5.57	3.5	0	12

Na Tabela 9, constata-se que a idade dos bebês das participantes aquando do momento de resposta aos questionários está de acordo com os critérios de inclusão da amostra. A IG varia entre 0 meses a 12 meses. A idade gestacional dos bebês varia entre 27 semanas e 37 semanas, o peso ao nascimento varia entre 1004 gramas e 3140 gramas e o comprimento ao nascimento varia entre 32 centímetros e 52 centímetros. O APGAR varia entre 3 e 10. Relativamente aos bebês que necessitaram de ser internados em incubadora, a duração do internamento varia entre 1 dia e 86 dias.

A Tabela 10, em baixo, diz respeito às variáveis avaliadas em escalas categoriais relativas ao bebé.

Tabela 10.

Estatística descritiva das variáveis relativas ao bebé avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Variáveis		n	%
Sexo do bebé	Masculino	33	62.30
	Feminino	20	37.70
Preferência quanto ao sexo do bebé	Sim	18	34
	Não	35	66
Internamento em incubadora	Sim	40	75.50
	Não	13	24.50

A Tabela 10 indica que, na presente amostra, existem mais mães de bebês nascidos de pré-termo do sexo masculino que do sexo feminino; o que, aliás, está de acordo com a realidade observada em geral no contexto da prematuridade (Cooperstock & Campbell, 1996; Zeitlin, 2002; Zeitlin et al., 2004). Uma grande parte das mães não tinha preferência relativamente ao sexo do bebé. A maioria dos bebês teve necessidade de ser internado em incubadora após o parto.

Tabela 11.

Estatística descritiva das variáveis relativas ao pós-parto avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Variáveis		n	%
Amamentação	Sim	41	77.40
	Não	12	22.60

Percepção de apoio	Sim	47	88.70
	Não	6	11.30

De acordo com a Tabela 11, mais de metade das participantes da amostra está a amamentar e sente-se apoiada durante o pós-parto.

Tabela 12.

Estatística descritiva das variáveis relativas à existência de antecedentes familiares de gravidezes pré-termo avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Variáveis		n	%
Antecedentes de gravidezes pré-termo na família	Sim	10	18.90
	Não	43	81.10

A Tabela 12 revela que a maioria das participantes não tem antecedentes de gravidezes pré-termo na sua família.

Tabela 13.

Estatística descritiva da variável relativa à existência de diagnósticos psiquiátricos avaliadas em escalas categoriais (N = 53)

Variáveis		n	%
Existência de diagnóstico psiquiátrico	Sim	6	11.30
	Não	47	87.70

A Tabela 13 indica que a maioria das participantes não tem condições psiquiátricas diagnosticadas.

4. Resultados

O tratamento de dados e a análise estatística da presente investigação foi efetuada a partir do *software SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*, na versão 29.

4.1. Testagem de Hipóteses

Para proceder à testagem das primeiras oito hipóteses específicas, recorreu-se à análise de regressão linear hierárquica múltipla, um tipo de teste que analise a quantidade de variância explicada numa variável dependente (VD) por mais de uma variável preditora, ou seja, que permite verificar a relação entre uma variável dependente (VD) e um conjunto de variáveis independentes (VI), as quais poderão prever a variação da VD (Ross & Willson, 2017).

Foram recodificadas, em 0 e 1, todas as variáveis predictoras que não eram avaliadas em escalas intervalares. Todas as variáveis avaliadas com recurso a escalas intervalares foram testadas do ponto de vista do ajustamento à distribuição normal. Verificou-se que, na maioria das variáveis, o afastamento face à distribuição normal teórica foi significativo ($p < .05$). No entanto, a inspeção dos gráficos *Q-Q Plot* permite concluir que os afastamentos em causa não impedem o uso das análises de regressão (Anexo XXIV). Em todas as análises, o número de variáveis predictoras não excedeu o rácio de uma variável por cada cinco participantes.

Quanto à introdução das variáveis predictoras, seguem-se os seguintes modelos: a variável “Anos de Escolaridade” constitui o Modelo 1, a variável “Problemas de Saúde” constitui o Modelo 2, as variáveis “Tipo de Parto” e “Idade Gestacional” constituem o Modelo 3, as variáveis “Internamento em Incubadora”, “Sexo do Bebê” e “Idade do Bebê” constituem o Modelo 4. As variáveis “Amamentação” e “Perceção de Apoio” constituem o Modelo 5. Relativamente ao Modelo 6, este é composto pelas dimensões das variáveis independentes “Satisfação” (para a testagem das hipóteses específicas HE1-HE4) e “Eficácia” (para a testagem das hipóteses específicas HE5-HE8). Foram inspecionados os valores de VIF e Tolerância de forma a evitar multicolinearidades.

4.1.1. Testagem de HE1 a HE8

A partir da testagem das hipóteses específicas (de HE1 a HE8) relativas ao contributo da VI (Sentimento de Competência Parental) para as variâncias estatísticas da VD (Vinculação Materna Pós-Natal) e das suas diferentes dimensões, verificam-se resultados significativos em todas as hipóteses (Tabelas 14 a 21, respetivamente).

Tabela 14.*Análise de Regressão (N = 53) da HE1, Satisfação (VI), Qualidade da Vinculação (VD)*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estim.	Mud. de R ²	Mud. de F	df1	df2	Mud. de F
1	.021	0	-.020	3.45628	0	.020	1	48	.887
2	.321	.103	.065	3.30912	.102	5.364	1	47	.025
3	.342	.117	.038	3.35525	.014	.358	2	45	.701
4	.409	.167	.029	3.37238	.050	.848	3	42	.475
5	.478	.228	.054	3.32734	.061	1.572	2	40	.220
6	.783	.613	.513	2.38668	.385	38.744	1	39	< .001

A partir dos dados apresentados na Tabela 14 (Anexo XXV), observa-se que o Modelo 6 (Satisfação) parece contribuir significativamente para a variância estatística da dimensão Qualidade da Vinculação ($R^2 = .613$, $p < .001$), explicando 61.3% da variância estatística da variável dependente Qualidade da Vinculação.

Tabela 15.*Análise de Regressão (N = 53) da HE2, Satisfação (VI), Ausência de Hostilidade (VD)*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estim.	Mud. de R ²	Mud. de F	df1	df2	Mud. de F
1	.140	.020	-.001	2.90917	.020	.960	1	48	.332
2	.194	.038	-.003	2.91256	.018	.888	1	47	.351
3	.301	.090	.010	2.89402	.053	1.302	2	45	.282
4	.413	.171	.033	2.86026	.080	1.356	3	42	.269
5	.432	.187	.004	2.90260	.016	.392	2	40	.678
6	.716	.512	.387	2.27662	.325	26.021	1	39	< .001

Segundo os resultados que constam na Tabela 15 (Anexo XXVI), observa-se que o Modelo 6 (Satisfação) parece contribuir significativamente para a variância estatística da dimensão Ausência de Hostilidade ($R^2 = .512$, $p < .001$), explicando 51.2% da variância estatística da variável dependente Ausência de Hostilidade.

Tabela 16.*Análise de Regressão (N = 53) da HE3, Satisfação (VI), Prazer na Interação (VD)*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estim.	Mud. de R ²	Mud. de F	df1	df2	Mud. de F
1	.069	.005	-.016	2.38665	.005	.229	1	48	.634
2	.286	.082	.043	2.31693	.077	3.932	1	47	.053
3	.299	.090	.009	2.35743	.008	.199	2	45	.820
4	.402	.161	.021	2.34229	.072	1.195	3	42	.323
5	.425	.181	.004	2.37230	.019	.472	2	40	.627
6	.532	.283	.099	2.24704	.103	5.584	1	39	0.023

Tendo em conta as informações constantes na Tabela 16 (Anexo XXVII), observa-se que o Modelo 6 (Satisfação) parece contribuir significativamente para a variância estatística da dimensão Prazer na Interação ($R^2 = .283$, $p = .023$), explicando 28.3% da variância estatística da variável dependente Prazer na Interação.

Tabela 17.*Análise de Regressão (N = 53) da HE4, Satisfação (VI), Vinculação Total (VD)*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estim.	Mud. de R ²	Mud. de F	df1	df2	Mud. de F
1	.092	.008	-.012	7.03643	.008	.406	1	48	.527
2	.320	.102	.064	6.76573	.094	4.918	1	47	.031
3	.366	.134	.057	6.79274	.031	.814	2	45	.450
4	.433	.188	.052	6.80766	.054	.934	3	42	.433
5	.473	.224	.049	6.81877	.036	.932	2	40	.402
6	.803	.645	.554	4.66832	.421	46.340	1	39	< .001

Observando os dados da Tabela 17 (Anexo XXVIII), observa-se que o Modelo 6 (Satisfação) parece contribuir significativamente para a variância estatística da Vinculação Total ($R^2 = .645$, $p < .001$), explicando 64.5% da variância estatística da variável dependente Vinculação Total.

Tabela 18.*Análise de Regressão (N = 53) da HE5, Eficácia (VI), Qualidade da Vinculação (VD)*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estim.	Mud. de R ²	Mud. de F	df1	df2	Mud. de F
1	.021	0	-.020	3.45628	0	.020	1	48	.887
2	.321	.103	.065	3.30912	.102	5.364	1	47	.025
3	.342	.117	.038	3.35525	.014	.358	2	45	.701
4	.409	.167	.029	3.37238	.050	.848	3	42	.475
5	.478	.228	.054	3.32734	.061	1.572	2	40	.220
6	.745	.555	.441	2.55702	.327	28.731	1	39	< .001

Em função dos resultados da Tabela 18 (Anexo XXIX), observa-se que o Modelo 6 (Eficácia) parece contribuir significativamente para a variância estatística da dimensão Qualidade da Vinculação ($R^2 = .555$, $p < .001$), explicando 55.5% da variância estatística da variável dependente Qualidade da Vinculação.

Tabela 19.*Análise de Regressão (N = 53) da HE6, Eficácia (VI), Ausência de Hostilidade (VD)*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estim.	Mud. de R ²	Mud. de F	df1	df2	Mud. de F
1	.140	.020	-.001	2.90917	.020	.960	1	48	.332
2	.194	.038	-.003	2.91256	.018	.888	1	47	.351
3	.301	.090	.010	2.89402	.053	1.302	2	45	.282
4	.413	.171	.033	2.86026	.080	1.356	3	42	.269
5	.432	.187	.004	2.90260	.016	.392	2	40	.678
6	.526	.276	.091	2.77269	.090	4.836	1	39	.034

Na Tabela 19 (Anexo XXX), observa-se que o Modelo 6 (Eficácia) parece contribuir significativamente para a variância estatística da dimensão Ausência de Hostilidade ($R^2 = .276$, $p = .034$), explicando 27.6% da variância estatística da variável dependente Ausência de Hostilidade.

Tabela 20.*Análise de Regressão (N = 53) da HE7, Eficácia (VI), Prazer na Interação (VD)*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estim.	Mud. de R ²	Mud. de F	df1	df2	Mud. de F
1	.069	.005	-.016	2.38665	.005	.229	1	48	.634
2	.286	.082	.043	2.31693	.077	3.932	1	47	.053
3	.299	.090	.009	2.35743	.008	.199	2	45	.820
4	.402	.161	.021	2.34229	.072	1.195	3	42	.323
5	.425	.181	-.004	2.37230	.019	.472	2	40	.627
6	.523	.273	.087	2.26296	.092	4.959	1	39	.032

Observando agora a Tabela 20 (Anexo XXXI), constata-se que o Modelo 6 (Eficácia) parece contribuir significativamente para a variância estatística da dimensão Prazer na Interação ($R^2 = .273$, $p = .032$), explicando 27.3% da variância estatística da variável dependente Prazer na Interação.

Tabela 21.*Análise de Regressão (N = 53) da HE8, Eficácia (VI), Vinculação Total (VD)*

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro Pad. Estim.	Mud. de R ²	Mud. de F	df1	df2	Mud. de F
1	.092	.008	-.012	7.03643	.008	.406	1	48	.527
2	.320	.102	.064	6.76573	.094	4.918	1	47	.031
3	.366	.143	.057	6.79274	.031	.814	2	45	.450
4	.433	.188	.052	6.80766	.054	.934	3	42	.433
5	.473	.224	.049	6.81887	.036	.932	2	40	.402
6	.694	.481	.349	5.64477	.258	19.369	1	39	< .001

Finalmente, atentando na Tabela 21 (Anexo XXXII), conclui-se que o Modelo 6 (Eficácia) parece contribuir significativamente para a variância estatística da Vinculação Total ($R^2 = .481$, $p < .001$), explicando 48.1% da variância estatística da variável dependente Vinculação Total.

4.1.2. Testagem de HE9 a HE40

A testagem das hipóteses de HE9 a HE40 foi realizada a partir do *software PROCESS* para o *SPSS*, versão 4.3.

Efetuuou-se uma análise sobre o efeito mediador de cada fator das Memórias Parentais de Infância (PBI) relativamente à capacidade de a VI (Sentimento de Competência Parental) conseguir explicar a VD (Vinculação Materna Pós-Natal). Após a observação dos efeitos indiretos de cada VI sobre cada VD, concluiu-se que a mediação das Memórias Parentais de Infância na relação entre as várias VIs e as várias VDs apenas se observa quanto a HE38 e a HE40, encontrando-se apenas dois efeitos indiretos significativos e ilustrados pelos valores do intervalo de confiança *Bootstrap* (Tabelas 22 e 23).

Tabela 22.

Análise de Mediação (N = 53) da HE38, relação entre a dimensão Eficácia e a dimensão Ausência de Hostilidade mediada pelo fator Sobreproteção do Pai nas Memórias Parentais de Infância

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	IC <i>Boot</i> Mín.	IC <i>Boot</i> Máx.
-.0769	.0434	-.1678	-.0010

A Tabela 22 (Anexo LXII) é referente à análise dos resultados do efeito da Eficácia sobre a Ausência de Hostilidade, relação esta mediada pelo fator Sobreproteção do Pai nas Memórias Parentais de Infância. O efeito indireto verifica-se significativo ($b = -.0769$), tal como mostra o resultado do intervalo de confiança ICBoots [-.1678, -.0010].

De seguida, apresenta-se a Tabela 23 (Anexo LXIV) onde constam os dados da análise de mediação da HE40.

Tabela 23.

Análise de Mediação (N = 53) da HE40, relação entre a dimensão Eficácia e a dimensão Vinculação Total mediada pelo fator Sobreproteção do Pai nas Memórias Parentais de Infância

Efeito Indireto	Erro Padrão <i>Boot</i>	IC <i>Boot</i> Mín.	IC <i>Boot</i> Máx.
-.1605	.0995	-.3918	.0026

Na Tabela 23, apresenta-se a análise dos resultados do efeito da Eficácia sobre a Vinculação Materna Total, relação esta mediada pelo fator Sobreproteção do Pai nas Memórias Parentais de Infância. O efeito indireto surge como significativo ($b = -.1605$), tal como mostra o resultado do intervalo de confiança ICBoots [-.3918, .0026].

4.2. Correlações entre o Sentimento de Competência Parental e a Vinculação Materna Pós-Natal

Após verificar que o Sentimento de Competência Parental contribui para explicar a Vinculação Materna Pós-Natal, faz sentido analisar a correlação entre estas duas variáveis atendendo às Hipóteses Específicas que se confirmaram. Na Tabela 24, podem-se observar os coeficientes de correlação entre as variáveis independentes Satisfação e Eficácia do Sentimento de Competência Parental e a Vinculação Materna Pós-Natal (Anexo LXV).

Tabela 24.

Análise de Correlação (N = 53) entre variáveis independentes e variáveis dependentes

	Qualidade da Vinculação	Ausência de Hostilidade	Prazer na Interação	Vinculação Materna Total
Satisfação	-.682**	-.621**	-.425**	-.732**
Eficácia	-.565**	-.223	-.261	-.455**

*p = .05; **p = .01

Na Tabela 24, observa-se que todos os valores de correlação são negativos. Isto é esperado, na medida em que valores mais altos nas subescalas de Satisfação e Eficácia são mais negativos, enquanto valores mais altos na escala de Vinculação Materna Pós-Natal são mais positivos. Estes resultados ilustram que, na presente amostra, existe uma relação significativa entre, por um lado, as variáveis de Satisfação e Eficácia e, por outro lado, a Vinculação Materna Pós-Natal e as suas dimensões, atendendo às hipóteses específicas de HE1 a HE8.

Compreende-se, então, que a Satisfação contribui para explicar a Qualidade da Vinculação (HE1). A correlação entre estas variáveis é moderada, negativa e significativa ($r = -.682$, $p < .001$), indicando que valores mais elevados de insatisfação estão associados a uma menor qualidade da vinculação. Percebe-se, também, que a Satisfação contribui para explicar a Ausência de Hostilidade (HE2). Similarmente, a correlação entre estas variáveis é moderada, negativa e significativa ($r = -.621$, $p < .001$), sugerindo que valores mais elevados de insatisfação se associam a um aumento da hostilidade para com o bebé. A Satisfação também contribui para explicar o Prazer na Interação (HE3). A correlação entre estas variáveis é fraca, negativa e significativa ($r = -.425$, $p = .02$), mostrando que valores mais elevados de insatisfação estão ligeiramente associados à diminuição do prazer na interação com a criança. Estes resultados fazem sentido quando se considera que a perceção de insatisfação

relativamente à parentalidade pode ligar-se a sentimentos maternos de inadequação e *stress*, que afetam negativamente a capacidade de responder de forma sensível e consistente às necessidades do bebé, impactando a qualidade da ligação estabelecida. Mães que se sentem insatisfeitas ou sobrecarregadas são mais propensas a experienciar sentimentos de frustração e irritação, podendo conduzir a atitudes mais hostis e ressentimento face à criança, limitando o prazer sentido na interação com ela.

Por último, verifica-se que a Satisfação contribui para explicar a Vinculação Materna Total (HE4). A correlação entre estas variáveis é forte, negativa e significativa ($r = -.732$, $p < .001$), revelando que uma maior insatisfação se relaciona com uma pior vinculação materna no geral. À luz das interpretações anteriores, faz sentido que a insatisfação materna contribua para uma vivência mais negativa do período pós-parto e da parentalidade, afetando todo o processo de construção do vínculo face à criança.

Em relação à variável Eficácia, entende-se que esta contribui para explicar a Qualidade da Vinculação (HE5). A correlação entre estas variáveis é moderada, negativa e significativa ($r = -.565$, $p < .001$) e indica que uma menor perceção de eficácia está associada a valores mais baixos da qualidade da vinculação. A Eficácia também contribui para explicar a Ausência de Hostilidade (HE6), sendo que a correlação entre estas variáveis é negativa e significativa, porém, fraca ($r = -.223$, $p = .03$), sugerindo que uma menor perceção de eficácia está ligeiramente associada a uma maior hostilidade. Similarmente, a Eficácia contribui para explicar o Prazer na Interação (HE7) e a correlação entre as duas variáveis também é negativa, significativa e fraca ($r = -.261$, $p = .03$), mostrando que uma menor perceção de eficácia está ligeiramente associada a valores mais baixos de prazer na interação com a criança. Estes resultados estão em concordância com a ideia de que uma baixa perceção de eficácia pode gerar sentimentos de insegurança, ansiedade e frustração, prejudicando a confiança da mãe nas suas competências parentais e limitando a sua capacidade de estabelecer uma relação sólida e positiva com a criança. Mães que se percecionam como menos eficazes em lidar com os desafios da parentalidade podem ter respostas emocionais negativas que, por sua vez, se refletem em comportamentos maternos hostis e pouco satisfatórios. Aliás, isto é perceptível quando se verifica que a Eficácia contribui para explicar a Vinculação Materna Total (HE8). A correlação entre a Eficácia e a Vinculação Materna Total é fraca, negativa e significativa ($r = -.455$, $p < .001$), revelando que uma menor perceção de eficácia está associada a valores mais baixos da vinculação materna total,

sugerindo que a percepção de eficácia é uma dimensão importante na construção da ligação emocional da mãe face à criança.

4.3. Correlações entre a Vinculação Materna Pós-Natal e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Foram analisadas as relações entre a Vinculação Materna Pós-Natal e diversas variáveis sociodemográficas e clínicas, com o objetivo de compreender como esses aspetos se relacionam entre si. Segue-se a Tabela 25, na qual estão apresentados os coeficientes de correlação entre as dimensões da EVMPósN e as variáveis sociodemográficas e clínicas (Anexo LXVI).

Tabela 25.

Análise de Correlação (N = 53) entre variáveis sociodemográficas e clínicas e variáveis dependentes

	Qualidade da Vinculação	Ausência de Hostilidade	Prazer na Interação	Vinculação Materna Total
Idade da Mãe	-.015	-.038	-.118	-.063
Primeira Gravidez (sim/não)	-.037	-.083	-.090	-.083
Problemas de saúde durante a gestação	-.326*	-.121	-.270	-.300*
Tipo de Parto	.147	.201	.089	.185
Idade do bebé (meses)	-.105	-.273*	-.230	-.242
Peso do bebé (gramas)	.024	.119	-.080	.034
Amamentação	.259	.134	.187	.244
Internamento em incubadora	-.131	.030	.051	-.034
Percepção de Apoio	.241	.192	.149	.247
Diagnóstico Psiquiátrico	-.396**	-.061	-.175	-.277*

*p = .05; **p = .01

De acordo com a Tabela 25, não se verificam correlações significativas na maioria das análises. Na presente amostra, apenas se observam correlações significativas entre a

Qualidade da Vinculação, a Ausência de Hostilidade, a Vinculação Total e algumas variáveis clínicas.

Nomeadamente, os problemas de saúde durante a gestação apresentam uma correlação negativa e significativa com a Qualidade da Vinculação ($r = -.326$, $p = .017$) e com a Vinculação Materna Total ($r = -.300$, $p = .029$), indicando que a presença de problemas de saúde durante a gravidez está associada a uma menor qualidade da vinculação e a valores mais baixos da vinculação materna em geral. Também a presença de um diagnóstico psiquiátrico tem uma correlação negativa e significativa com a Qualidade da Vinculação ($r = -.326$, $p = .003$), e com a Vinculação Materna Total ($r = -.277$, $p = .045$), sugerindo que mães diagnosticadas com condições psiquiátricas apresentam uma menor qualidade de vinculação e da vinculação como escala total relativamente ao bebé.

A idade do bebé aquando da resposta ao questionário apresenta uma correlação negativa e significativa com a Ausência de Hostilidade ($r = -.273$, $p = .048$), o que significa que uma maior idade do bebé está associada a níveis mais elevados de hostilidade.

É ainda importante referir as variáveis sociodemográficas e clínicas que não estabelecem correlações significativas com a Vinculação Materna Pós-Natal. Isto verifica-se com as variáveis “idade da mãe”, “primeira gravidez”, “tipo de parto”, “peso do bebé”, “amamentação”, “internamento em incubadora” e “perceção de apoio”.

5. Discussão

Este capítulo foca-se na interpretação e discussão dos resultados obtidos, considerando a hipótese geral e as hipóteses específicas testadas, além do enquadramento teórico previamente apresentado. A presente investigação teve como objetivo verificar o impacto do Sentimento de Competência Parental na Vinculação Materna Pós-Natal em mulheres que deram à luz um bebé pré-termo ($IG \leq 37$ semanas) há 12 meses ou menos e, também verificar o papel mediador das Memórias Parentais de Infância na relação entre estas duas variáveis.

No âmbito da primeira hipótese geral (HG1), para compreender o efeito da variável independente (Sentimento de Competência Parental) sobre a variável dependente (Vinculação Materna Pós-Natal), foram efetuadas análises de regressão linear hierárquica múltipla com seis modelos. Estas análises verificaram que, nesta amostra, as variáveis sociodemográficas e clínicas (Modelo 1: Anos de Estudo com Sucesso; Modelo 2: Problemas de Saúde; Modelo 3: Tipo de Parto e Idade Gestacional ao Nascimento; Modelo 4: Idade do Bebé, Sexo do Bebé e Internamento em Incubadora; Modelo 5: Perceção de Apoio no Pós-Parto) não contribuem significativamente para a explicação da variância estatística da Vinculação Materna Pós-Natal. O Modelo 6, onde isoladamente se incluem as várias dimensões do Sentimento de Competência Parental, parece contribuir significativamente para explicar o total assim como as várias dimensões da Vinculação Materna Pós-Natal.

Os resultados sugerem que, na presente amostra, o Sentimento de Competência Parental e as suas dimensões Satisfação e Eficácia separadamente têm impacto na Vinculação Materna Total e nas suas dimensões, confirmando a HG1. Nomeadamente, a Satisfação apresentou contributos significativos ($p < .05$) para a explicação da Qualidade da Vinculação ($r = .682$), da Ausência de Hostilidade ($r = -.621$) e do total da Vinculação Materna Pós-Natal ($r = -.425$), como confirmado pelas quatro primeiras hipóteses específicas e pelas análises de correlação, respetivamente. A Eficácia, outra dimensão do Sentimento de Competência Parental, oferece também contributos significativos ($p < .05$) para a explicação da Vinculação Materna Pós-Natal e das suas dimensões (HE5-HE8).

Deste modo, entende-se que, na amostra investigada, uma maior insatisfação e menor perceção de eficácia em relação à parentalidade e às funções maternas parecem ter repercussões significativas na vinculação da mãe face ao bebé no período pós-natal,

podendo levar a uma menor qualidade da vinculação, maior hostilidade e menor prazer na interação com a criança. Os dados obtidos são consistentes com a literatura que destaca a prematuridade como um contexto especialmente propício ao desenvolvimento de uma vinculação materna insuficiente e pouco satisfatória (Bouras et al., 2015; Leahy-Warren et al., 2020). Devido ao nascimento antecipado do bebê, ocorre um confronto abrupto com a realidade concreta da maternidade, sendo interrompido o percurso normativo da vinculação materna (Fernández Medina et al., 2018). O bebê pré-termo tende a necessitar de cuidados e intervenções médicas adicionais (Platt, 2014), conduzindo a preocupações maternas adicionais relacionadas com a saúde do filho. Este efeito é particularmente relevante no contexto de bebês pré-termo que necessitam de serem internados em incubadora, dado que o internamento nas UCIN está associado ao sofrimento emocional materno (Gillaspy et al., 2014; Rogers et al., 2012; Ionio et al., 2016). Inclusive, Shinohara e colaboradores (2024) observaram a transferência neonatal e uma duração mais longa de internamento dos recém-nascidos prejudicam a vinculação materna. Sublinha-se que, na presente amostra, a maioria dos bebês (75.5%) necessitaram de ser internados em incubadora. Como foi explicado por Stern e Bruschweiler-Stern (1998), a separação inicial entre mãe e bebê limita o contato físico e a interação após o nascimento que, juntamente com a sensação de não conseguir cuidar dele adequadamente, pode despoletar sentimentos de culpa e impotência. Este cenário apresenta ainda a possibilidade de agravamento devido à ansiedade adicional de observação do bebê em ambiente clínico, onde a mãe sente que o seu papel de cuidadora principal está comprometido, diminuindo a sua perceção de competência. Por exemplo, Al Maghaireh e colaboradores (2016) relacionam a parentalidade antecipada, a separação do bebê e o sentimento de desamparo face ao pouco envolvimento nos cuidados do bebê internado na UCIN. Adicionalmente, Mercer (2004) destaca a importância dos cuidados maternos logo após o nascimento do bebê para a elaboração do papel materno, pois esse envolvimento promove a autoconfiança e permite que a mulher se conheça a si própria como mãe na nova relação. A hospitalização na UCIN vem, precisamente, dificultar o ajuste à identidade materna devido à separação e às oportunidades limitadas de interação.

Toda a vivência de esta realidade inesperada, que não foi preparada e vai contra expectativas idealizadas acerca do projeto de maternidade, pode contribuir para uma sensação de pouco controlo, dificultando a adaptação da mãe à situação de saúde frágil do seu bebê e à sua própria identidade materna (Lasiuk et al., 2013; Rieves et al., 2016;

Taylor, 2016). Relembrando que, o parto pré-termo interrompe o desenvolvimento normativo do papel materno, tornando a mãe mais vulnerável face a desequilíbrios emocionalmente (Forcada-Guex et al., 2011). A mãe não só é obrigada a conhecer um bebê diferente daquele que imaginava, mas também a descobrir a própria maternidade quando ainda não se sente preparada para se despedir da sua gravidez. Numa situação caracterizada pela incerteza e medo do desconhecido, as respostas emocionais maternas podem dificultar o estabelecimento de uma ligação emocional segura com o bebê (Muller-Nix et al., 2004).

A relação significativa entre as VIs e a Ausência de Hostilidade reforça a ideia de que sentimentos de frustração e irritação despoletados pela insatisfação e menor eficácia relativamente à maternidade podem manifestar-se em atitudes e comportamentos mais hostis em relação ao bebê. A hostilidade pode surgir como uma resposta ao *stress* contínuo associado ao cuidado de um bebê pré-termo que vem ao mundo inserido num contexto emocionalmente desafiante. A percepção de eficácia pode ser significativamente abalada, interferindo com a capacidade materna para responder de forma sensível e consistente às necessidades do bebê, tornando as interações menos prazerosas, como também é evidenciado na relação entre as VIs e o Prazer na Interação. O *stress* cumulativo pode conduzir ao esgotamento emocional, diminuindo a paciência da mãe perante as necessidades do bebê (Davis et al., 2003; Field, 2010; Ionio et al., 2017; Kim, 2021). Por conseguinte, a sensação de não ser competente pode levar a uma projeção da frustração e da raiva dirigida ao bebê por parte da mãe, especialmente quando as expectativas idealizadas sobre a maternidade não são correspondidas (Bion, 1962; Hoffman, 2003).

É fundamental, também, considerar as correlações das variáveis dependentes com as variáveis sociodemográficas e clínicas, para uma compreensão mais abrangente dos determinantes da vinculação materna pós-natal. Na amostra desta investigação, constatou-se que problemas de saúde durante a gravidez têm um impacto negativo na qualidade da vinculação e na vinculação materna em geral. Destaca-se uma elevada prevalência de problemas de saúde durante a gravidez, representando aproximadamente metade da amostra. Esta alta incidência pode refletir a complexidade característica das gravidezes pré-termo que, frequentemente, estão associadas a complicações médicas e obstétricas, aumentando o risco da ocorrência de um parto pré-termo e influenciando negativamente o curso da gravidez e o bem-estar materno-fetal (Torchin & Ancel, 2016). A prematuridade, por si só, já é um fator de stress significativo para a mãe. Estas

vicissitudes adicionais tendem a suscitar uma série de preocupações e ansiedades devido à incerteza e medo sobre o prognóstico. A necessidade de intervenções médicas pode sobrecarregar emocionalmente a mãe, interferindo com o estabelecimento de uma ligação robusta face ao bebé (Misund et al., 2016; Anderson & Cacola, 2017).

Também é relevante salientar a relação significativa entre a presença de diagnósticos psiquiátricos e as variáveis dependentes. Apesar da baixa prevalência de diagnósticos psiquiátricos nesta amostra (11.3%), os resultados sublinham o impacto significativo que estas condições têm na experiência materna. As mães que lidam com problemas de saúde mental tornam-se mais vulneráveis em circunstâncias emocionalmente exigentes, tais como a prematuridade. A maternidade pode intensificar determinadas dificuldades já vivenciadas por estas mães, que enfrentam sentimentos de vergonha e estigma relativamente à sua capacidade de desempenhar um papel materno de forma competente e amorosa (Gelfand et al., 1992; Nicholson & Henry, 2003; Dolman et al., 2013; Modak et al., 2023). Num contexto de prematuridade, onde já existem pressões emocionais e físicas adicionais, o impacto das condições psiquiátricas parece ser pronunciado (Misund et al., 2014; Barber et al., 2020).

Outro aspeto curioso a ser considerado é que, nesta amostra, os níveis de hostilidade materna aumentam conforme a idade dos bebés também aumenta. Esta correlação pode ser interpretada através de várias lentes teóricas. Primeiramente, do ponto de vista do desenvolvimento infantil, à medida que as crianças crescem, as suas necessidades e comportamentos mudam significativamente (Sroufe, 1996; Brazelton, 1988). Os bebés mais velhos são mais ativos, exigem mais atenção e podem apresentar comportamentos mais desafiantes, como birras, resistência ao sono ou dificuldades alimentares. Esses comportamentos podem aumentar o nível de stress e frustração da mãe, especialmente se ela já estiver a lidar com outras exigências e pressões (Francis & Meaney, 1999; Brazelton & Sparrow, 2004; Kingston et al., 2012). O aumento do stress materno pode, por sua vez, resultar numa maior expressão de hostilidade (Mäntymaa et al., 2006). Mães de bebés pré-termo, em particular, enfrentam um início de maternidade marcado por vivências intensas que podem contribuir para um stress contínuo (Miles et al., 1992; Singer, 1999). À medida que a criança cresce, a fadiga e o cansaço acumulados podem-se exprimir por meio da externalização de irritação ou hostilidade. Também os próprios bebés pré-termo têm frequentemente necessidades e comportamentos diferentes dos bebés nascidos a termo (Als & B. McAnulty, 2011). Durante o primeiro ano de vida, os bebés atingem marcos de desenvolvimento fulcrais

(Cordeiro, 2015). No entanto, os bebês pré-termo podem apresentar atrasos no desenvolvimento, o que pode gerar preocupação e frustração adicionais para as mães (Bhutta et al., 2002; Bakewell-Sachs & Gennaro, 2004). A incapacidade de atingir esses marcos no tempo esperado pode aumentar o stress materno, fazendo com que a mãe se sinta especialmente desafiada pelas complexidades adicionais do cuidado do seu bebê. Se ela sentir que não está conseguindo lidar adequadamente com essas exigências, a sua confiança na capacidade de cuidar da criança pode diminuir, resultando em sentimentos de desilusão. Isso pode criar um ciclo de reforço negativo, onde as reações hostis da mãe podem provocar comportamentos mais difíceis no bebê, aumentando ainda mais a frustração e o sentimento de inadequação da mãe e perpetuando o ciclo de conflito e insatisfação. Aliás, bebês pré-termo que estiveram internados na UCIN, como é o caso de grande parte da amostra, podem chorar mais, ser mais difíceis de consolar e ter uma menor capacidade de adaptação (Gennaro et al., 1990; Gennaro et al., 1992). Esta explicação poderá fundamentar as evidências de que a acrescida vulnerabilidade dos bebês pré-termo a dificuldades comportamentais e de desenvolvimento (Monti et al., 2013; Nandyal et al., 2013) pode ampliar as reações negativas da mãe, reforçando o ciclo de hostilidade e insatisfação.

Passando agora ao contexto da segunda hipótese geral, é importante referir que o poder mediador das memórias dos cuidados parentais recebidos na infância não se conseguiu evidenciar na maioria das testagens. Especificamente, os fatores "Cuidado da Mãe", "Cuidado do Pai", e "Sobreproteção da Mãe" não demonstraram um efeito mediador significativo na maioria das testagens realizadas. No entanto, houve duas exceções. A Sobreproteção do Pai mostrou-se um mediador significativo na relação entre a Eficácia e a Ausência de Hostilidade, conforme evidenciado pela HE38. Além disso, a Sobreproteção do Pai também mediou a relação entre a Eficácia e a Vinculação Materna Total, conforme indicado pela HE40. Estes resultados sugerem que, enquanto a maioria das memórias parentais de infância não desempenham um papel mediador significativo, a sobreproteção por parte do pai durante a infância pode influenciar a percepção materna de eficácia parental e, conseqüentemente, afetar a ausência de hostilidade materna e a vinculação materna total.

Uma explicação para estes resultados pode envolver a internalização de uma baixa autonomia e uma falta de confiança na tomada de decisão em mulheres que recordam comportamentos paternos sobreprotetores (Kins et al., 2012). A internalização destes modelos parentais pode refletir-se numa menor percepção de autoeficácia parental, já que

essas mulheres podem sentir que não desenvolveram completamente as suas competências de resolução de problemas de forma independente. Além disso, a sobreproteção do pai pode criar um ambiente onde a criança (a futura mãe) é constantemente protegida de adversidades e insucessos, resultando numa menor exposição a situações que estimulariam a autonomia e a auto-estima. Uma mãe que cresceu num ambiente sobreprotetor pode ter internalizado padrões de comportamento ansiosos que são reativados e ampliados na experiência de cuidar de um bebé vulnerável. Por outras palavras, essas mulheres podem sentir-se menos preparadas e mais ansiosas para enfrentar os desafios da maternidade, experienciando níveis elevados de *stress* e uma menor capacidade de adaptação às necessidades do bebé. A responsabilidade de cuidar de um bebé vulnerável pode intensificar esses padrões ansiosos de comportamento, aumentando os sentimentos de hostilidade à medida que a mãe se sente sobrecarregada pela responsabilidade e pelo medo de não ser capaz de proteger adequadamente o seu bebé.

Assim, sugere-se que o efeito mediador da sobreproteção paterna entre a dimensão de eficácia e a vinculação materna possa ser interpretado através da teoria da vinculação, sugerindo que uma infância marcada por sobreproteção interfere na capacidade de formar vínculos seguros. Na maternidade, isso pode resultar em dificuldades no estabelecimento de uma ligação positiva e segura com o bebé. Esta compreensão sintetiza a ideia de que experiências de sobreproteção paterna na infância podem intensificar os desafios emocionais e comportamentais na transição para a maternidade após um parto pré-termo.

6. Conclusões Principais

As análises de regressão hierárquica múltipla revelaram que tanto a Satisfação quanto a Eficácia, dimensões do Sentimento de Competência Parental, tiveram uma associação significativa com a Vinculação Materna Pós-Natal e todas as suas dimensões, confirmando a Hipótese Geral 1 (HG1). As correlações negativas e significativas entre a Satisfação e a Vinculação Materna Pós-Natal sugerem que altos níveis de insatisfação estão associados a uma pior qualidade de vinculação materna, menor ausência de hostilidade e prazer na interação com o bebê. Da mesma forma, a Eficácia apresentou correlações negativas e significativas com a Qualidade da Vinculação e a Vinculação Materna Total, indicando que uma percepção de eficácia parental menos elevada está associada a uma menor qualidade de vinculação, bem como a uma vinculação materna menos bem sucedida.

No que diz respeito à Hipótese Geral 2 (HG2), os resultados não conseguiram evidenciar o poder mediador das memórias parentais de infância na maioria das testagens. No entanto, foram observadas exceções na Sobreproteção do Pai, a qual mediou a relação entre a Eficácia e a Ausência de Hostilidade, assim como entre a Eficácia e a Vinculação Materna Total. Estes resultados sugerem que a sobreproteção paterna pode interferir na formação do vínculo materno face ao bebê, possivelmente pela alteração que introduz na relação entre o Sentimento de Competência Parental e a Vinculação Materna Pós-Natal.

Adicionalmente, as correlações significativas entre as variáveis clínicas e a Vinculação Materna Pós-Natal fornecem *insights* importantes. Problemas de saúde durante a gestação e diagnósticos psiquiátricos foram associados a uma menor qualidade de vinculação, reforçando a ideia de que a presença de stressores durante a gravidez e a saúde mental materna têm um impacto substancial na formação da ligação afetiva com o bebê. Além disso, a idade do bebê aquando da resposta ao questionário mostrou uma correlação negativa com a Ausência de Hostilidade, indicando que as mães podem experienciar níveis crescentes de hostilidade à medida que o bebê envelhece, possivelmente devido aos desafios adicionais e marcos de desenvolvimento no primeiro ano de vida.

A interação entre as variáveis analisadas revela nuances importantes na compreensão da formação da vinculação materna em contexto de prematuridade. Ao salientar a relação entre o sentimento de competência parental, as memórias parentais de

infância e variáveis clínicas com a vinculação materna pós-natal, obtiveram-se *insights* importantes para a prática clínica direcionada ao apoio de mães de bebês pré-termo. A confirmação da Hipótese Geral 1 evidencia a importância de fortalecer o sentimento de competência materno para promover a vinculação materna, enfatizando o valor de abordagens que estimulem essa percepção entre as mães. Já os resultados em torno da Hipótese Geral 2, apesar de não evidenciarem um efeito mediador significativo das memórias parentais de infância, apontam a relevância de considerar o impacto das experiências passadas na parentalidade atual, especialmente em relação à influência da sobreproteção paterna. Isto realça a necessidade de, na prática clínica, atentar na forma como as mães recordam as suas infâncias.

7. Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Uma dessas limitações é o número reduzido de participantes na amostra ($N = 53$), o qual impede que os resultados sejam representativos da população geral de mães de bebês pré-termo. Devido a essa limitação, os resultados obtidos não podem ser generalizados de forma ampla, limitando a aplicabilidade das conclusões. Além disso, o processo de recolha de dados foi demorado, em parte devido ao facto de que muitas das participantes não completaram o questionário na íntegra. Consequentemente, essas respostas incompletas tiveram de ser eliminadas da análise final. Uma possível razão para a desistência das participantes durante o preenchimento do questionário incide sobre a sua longa extensão e o tempo necessário para o completar. Estes problemas podem ter contribuído para uma maior desmotivação.

Ainda acerca da forma como os dados foram recolhidos, o facto de o questionário ter sido divulgado nas redes sociais implica uma amostra de conveniência. Além disso, o questionário foi realizado online, *impedindo* o controlo do ambiente ou contexto em que as participantes responderam. Embora o método de autorrelato permita uma maior acessibilidade à experiência intrapsíquica das mães, pode também introduzir variabilidade nas respostas devido às diferentes condições e momentos em que as participantes completaram os questionários, introduzindo vieses de interpretação das questões apresentadas.

A própria composição da amostra constitui, também, outra limitação, por incluir apenas participantes com um elevado nível educacional – todas as participantes têm, no mínimo, o ensino secundário completado. Este viés pode influenciar os resultados, uma vez que mães com níveis educacionais mais altos podem ter acesso a mais recursos e informações sobre cuidados infantis, além de possivelmente experienciarem menos *stress* financeiro e social comparando com mães de níveis educacionais mais baixos. A escolaridade mais desenvolvida pode estar associada a uma percepção mais elevada de competência parental, no sentido em que as participantes podem estar mais preparadas para procurarem e compreenderem informações sobre desenvolvimento infantil e práticas de cuidado. Além disso, elas podem ter uma maior facilidade de acesso a serviços de saúde e apoio social, influenciando positivamente a vinculação materna e o sentimento de competência materno. Por outro lado, mães com um menor nível

educacional podem defrontar-se com obstáculos adicionais, como maior vulnerabilidade económica, menor acesso a informações de saúde e carência de apoio social. A ausência de esses aspetos na amostra pode resultar numa visão incompleta das dificuldades enfrentadas por mães de bebés pré-termo. Aliás, estudos com mães de bebés nascidos a termo têm mostrado que um baixo nível socioeconómico é um preditor significativo de perturbações na relação mãe-bebé (e.g., Conger & Donnellan, 2007; Beeber et al., 2008). Para investigações futuras, é necessário conseguir um número maior de participantes, para que o impacto preditor das variáveis sociodemográficas e clínicas na vinculação materna seja mais bem esclarecido. Adicionalmente, não foi utilizada a Classificação Social Internacional de Graffar (1956) para caracterizar o estatuto socioeconómico da amostra. A introdução desta variável proporcionaria uma avaliação abrangente e padronizada do estatuto socioeconómico das participantes e enriqueceria a compreensão das variáveis sociodemográficas associadas à vinculação materna pós-natal.

Outra limitação reside no facto de esta investigação explorar uma amostra de mães de bebés pré-termo sem discriminar esses bebés em grupos de diferentes idades gestacionais ou em grupos de diferentes pesos ao nascimento. Esta omissão pode limitar a compreensão das nuances e variações nas experiências maternas, já que bebés nascidos em diferentes faixas de idade gestacional e com diferentes pesos podem apresentar diferentes necessidades. O peso ou tamanho ao nascimento é um indicador importante da vulnerabilidade da criança ao risco de doenças e complicações médicas (Wubetu et al., 2021). Bebés com pesos mais baixos, geralmente, requerem cuidados mais intensivos e prolongados, aumentando o *stress* e a ansiedade materna. Futuramente, seria importante incluir a classificação detalhada da IG e peso ao nascimento dos bebés, permitindo uma análise mais específica das diferentes experiências maternas tendo em conta a variabilidade dentro da categoria de prematuridade. Ademais, as mães foram questionadas sobre o índice de Apgar e dias de hospitalização dos seus filhos. Porém, estes dados não foram incluídos na caracterização da amostra de bebés ou nos modelos de regressão devido à ausência de respostas suficientes.

Referências Bibliográficas

- Abarashi, Z., Tahmassian, K., Mazaheri, M. A., Panaghi, L., & Mansoori, N. (2014). Parental self-efficacy as a determining factor in healthy mother-child interaction: a pilot study in iran. *PubMed*.
- Ahn, S. (2002). Postpartum Health: A comparison of Mothers with Preterm Infants and Mothers with Fullterm Infants. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 8(1), 7. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2002.8.1.7>
- Ainsworth, M. D. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 792–812. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1911889/>
- Albanese, A. M., Russo, G. R., & Geller, P. A. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child: Care, Health and Development*, 45(3), 333–363. <https://doi.org/10.1111/cch.12661>
- Als, H., & B. McAnulty, G. (2011). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. *Current Women's Health Reviews*, 7(3), 288–301. <https://doi.org/10.2174/157340411796355216>
- Anderson, C., & Cacola, P. (2017). Implications of Preterm Birth for Maternal Mental Health and Infant Development. *MCN, the American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(2), 108–114. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000311>
- Antunes, S., Fuertes, M., & Moreira, J. (2021). *Um Olhar sobre a Grande Prematuridade: A Investigação com Bebés Nascidos com Menos de 32 Semanas de gestação*. <https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.115>
- Bakewell-Sachs, S., & Gennaro, S. (2004). Parenting the Post-NICU Premature infant. *MCN, the American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(6), 398–403. <https://doi.org/10.1097/00005721-200411000-00011>
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158–166. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>

- Barber, K. S., Brunner Huber, L. R., Portwood, S. G., Boyd, A. S., Smith, J., & Walker, L. S. (2020). The Association between Having a Preterm Birth and Later Maternal Mental Health: An Analysis of U.S. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Data. *Women's Health Issues*.
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.08.007>
- Barkmann, C., Helle, N., & Bindt, C. (2018). Is very low infant birth weight a predictor for a five-year course of depression in parents? A latent growth curve model. *Journal of Affective Disorders*, 229, 415–420.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.020>
- 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. [https://doi.org/10.1016/s0163-6383\(78\)80051-4](https://doi.org/10.1016/s0163-6383(78)80051-4)
- Beeber, L. S., Perreira, K. M., & Schwartz, T. (2008). Supporting the Mental Health of Mothers Raising Children in Poverty. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 86–100. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.008>
- Behringer, J., Reiner, I., & Spangler, G. (2011). Maternal representations of past and current attachment relationships, and emotional experience across the transition to motherhood: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 25(2), 210–219. <https://doi.org/10.1037/a0023083>
- Bell, A. F., Andersson, E., Goding, K., & Vonderheid, S. C. (2018). The birth experience and maternal caregiving attitudes and behavior: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 67–77.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.007>
- Benedetto, L., & Ingrassia, M. (2018). Parental Self-efficacy in Promoting Children Care and Parenting Quality. *Parenting - Empirical Advances and Intervention Resources*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.68933>
- Bener, A. (2013). Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(3), 231–236. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0821>
- Benoit, D., Parker, K. C. H., & 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. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01515.x>
- Bernard-Bonnin, A.-C. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 575–598. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.575>
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and Behavioral Outcomes of School-Aged Children Who Were Born Preterm. *JAMA*, 288(6), 728. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.728>
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Karnac.
- Biringen, Z. (1990). Direct observation of maternal sensitivity and dyadic interactions in the home: Relations to maternal thinking. *Developmental Psychology*, 26(2), 278–284. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.2.278>
- Bloomfield, L., & Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research & Development*, 13(04), 364–372. <https://doi.org/10.1017/s1463423612000060>
- 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. <https://doi.org/10.1002/imhj.20103>
- Bornstein, M. H., Hendricks, C., Hahn, C.-S., Haynes, O. M., Painter, K. M., & Tamis-LeMonda, C. S. (2003). Contributors to Self-Perceived Competence, Satisfaction, Investment, and Role Balance in Maternal Parenting: A Multivariate Ecological Analysis. *Parenting*, 3(4), 285–326. https://doi.org/10.1207/s15327922par0304_2
- Bouras, G., Theofanopoulou, N., Mexi-Bourna, P., Poullos, A., Michopoulos, I., Tassiopoulou, I., Daskalaki, A., & Christodoulou, C. G. (2015). Preterm birth and maternal psychological health. *Journal of Health Psychology*, 20(11), 1388–1396. <https://doi.org/10.1177/1359105313512353>
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss* (2nd ed., Vol. 1). Basic Books.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., & Evans, H. M. (2009). A HISTORY OF THE THEORY OF PRENATAL ATTACHMENT. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 23(4), 201–222.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083029/>
- 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), 719–731. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01290.x>
- Brazelton, T. B. (1988). *Dar atenção à criança: para compreender os problemas normais do crescimento*. Terramar.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2004). *A Criança e a Disciplina: Método Brazelton*. Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., Cramer, B. (1993). *A relação Mais Precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Terramar.
- Brunson, E., Thierry, A., Ligier, F., Vulliez-Coady, L., Novo, A., Rolland, A.-C., & Eutrope, J. (2021). Prevalences and predictive factors of maternal trauma through 18 months after premature birth: A longitudinal, observational and descriptive study. *PLOS ONE*, 16(2), e0246758.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246758>
- Cassibba, R., Coppola, G., Sette, G., Curci, A., & Costantini, A. (2017). The transmission of attachment across three generations: A study in adulthood. *Developmental Psychology*, 53(2), 396–405.
<https://doi.org/10.1037/dev0000242>
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1998). Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Developmental Review*, 18(1), 47–85.
<https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>

- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, *66*(2), 167–183. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x>
- Condon, J. T., & Corkindale, C. J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: Development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *16*(1), 57–76. <https://doi.org/10.1080/02646839808404558>
- Conger, R. D., & Donnellan, M. B. (2007). An Interactionist Perspective on the Socioeconomic Context of Human Development. *Annual Review of Psychology*, *58*(1), 175–199. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085551>
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1998). Fortnightly review: Postnatal depression. *BMJ*, *316*(7148), 1884–1886. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7148.1884>
- Cooperstock, M., & Campbell, J. (1996). Excess males in preterm birth: interactions with gestational age, race, and multiple birth. *Obstetrics & Gynecology*, *88*(2), 189–193. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00106-8](https://doi.org/10.1016/0029-7844(96)00106-8)
- Copeland, D. B., & Harbaugh, B. L. (2016). Early Maternal-Efficacy and Competence in First-Time, Low-Income Mothers. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, *40*(1), 6–28. <https://doi.org/10.1080/24694193.2016.1200695>
- Cordeiro, M. (2015). *O Grande Livro do Bebê: O Primeiro Ano de Vida*. A Esfera dos Livros.
- Coyl, D. D., Roggman, L. A., & Newland, L. A. (2002). Stress, maternal depression, and negative mother-infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, *23*(1-2), 145–163. <https://doi.org/10.1002/imhj.10009>
- Crandell, L. E., Fitzgerald, H. E., & Whipple, E. E. (1997). Dyadic synchrony in parent–child interactions: A link with maternal representations of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, *18*(3), 247–264.
- Crawford, A., & Benoit, D. (2009). Caregivers’ disrupted representations of the unborn child predict later infant-caregiver disorganized attachment and disrupted

- interactions. *Infant Mental Health Journal*, 30(2), 124–144.
<https://doi.org/10.1002/imhj.20207>
- Cunha, M. (2018, novembro). 1 em cada 10 bebés nasce prematuro. *Atlas da Saúde*. <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/1-em-cada-10-bebes-nasce-prematuro>
- Cutland, C. L., Lackritz, E. M., Mallett-Moore, T., Bardají, A., Chandrasekaran, R., Lahariya, C., Nisar, M. I., Tapia, M. D., Pathirana, J., Kochhar, S., & Muñoz, F. M. (2017). Low birth weight: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*, 35(48), 6492–6500. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.01.049>
- Daulay, N., Ramdhani, N., & Hadjam, N. R. (2018). Sense of Competence as Mediator on Parenting Stress. *The Open Psychology Journal*, 11(1), 198–209.
<https://doi.org/10.2174/1874350101811010198>
- de Paula Eduardo, J. A. F., de Rezende, M. G., Menezes, P. R., & Del-Ben, C. M. (2019). Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 259, 392–403.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.069>
- Dolman, C., Jones, I., & Howard, L. M. (2013). Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Archives of Women's Mental Health*, 16(3), 173–196. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0336-0>
- Duman, B., Cankorur, V. S., Taylor, C., & Stewart, R. (2018). Prospective associations between recalled parental bonding and perinatal depression: a cohort study in urban and rural Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(4), 385–392. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1484-3>
- Easterbrooks, M. A. (1989). Quality of Attachment to Mother and to Father: Effects of Perinatal Risk Status. *Child Development*, 60(4), 825.
<https://doi.org/10.2307/1131023>
- Eizirik, L. S., Bohlin, G., & Hagekull, B. (1994). Interaction between mother and pre-term infant at 34 weeks post-conceptual age. *Early Development and Parenting*, 3(3), 171–180. <https://doi.org/10.1002/edp.2430030306>

- Ercegovac, I. R., Ljubetić, M., & Peričić, M. (2013). *Maternal self-competence and mother-child interaction*. *10(2)*, 102–120.
- Evans, J. R., & Mathur, A. (2005). The value of online surveys. *Internet Research*, *15(2)*, 195–219. <https://doi.org/10.1108/10662240510590360>
- Evans, J. R., & Mathur, A. (2018). The Value of Online Surveys: a Look Back and a Look Ahead. *Internet Research*, *28(4)*, 854–887. Emerald. <https://doi.org/10.1108/intr-03-2018-0089>
- Evans, T. L., Boyd, R. N., Colditz, P. B., Sanders, M. R., & Whittingham, K. (2022). Predictors of Maternal Bonding and Responsiveness for Mothers of Very Preterm Infants. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09833-w>
- Fang, Y., Boelens, M., Windhorst, D. A., Raat, H., & Grieken, A. (2021). Factors associated with parenting self-efficacy: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *77(6)*. <https://doi.org/10.1111/jan.14767>
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant–mother and infant–father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, *49(3)*, 290–302. <https://doi.org/10.1002/dev.20220>
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F., Kuint, J., & Eidelman, A. I. (1999). The Nature of the Mother’s Tie to Her Infant: Maternal Bonding under Conditions of Proximity, Separation, and Potential Loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40(6)*, 929–939. <https://doi.org/10.1017/s0021963099004308>
- Ferreira, B., Monteiro, L., Fernandes, C., Cardoso, J., Veríssimo, M., & Santos, A. J. (2014). Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*, *32(2)*, 145–156. <https://doi.org/10.14417/ap.854>
- Ferreira, B., Veríssimo, M., Santos, A. J., Fernandes, C., & Cardoso, J. P. (2011). Escala de Sentimento de Competência Parental: Análise confirmatória do modelo de medida numa amostra de pais portugueses. *Laboratório de Psicologia*, *9*, 147-155. <http://hdl.handle.net/10400.12/2929>

- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Fijałkowska, D., & Bielawska-Batorowicz, E. (2019). A longitudinal study of parental attachment: pre- and postnatal study with couples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(5), 509–522.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1665172>
- Fleming, A. (1988). Factors influencing maternal responsiveness in humans: Usefulness of an animal model. *Psychoneuroendocrinology*, 13(1-2), 189–212.
[https://doi.org/10.1016/0306-4530\(88\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0306-4530(88)90014-5)
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891–905. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x>
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development*, 87(1), 21–26.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006>
- 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.
<https://doi.org/10.1542/peds.2005-1145>
- Francis, D. D., & Meaney, M. J. (1999). Maternal care and the development of stress responses. *Current Opinion in Neurobiology*, 9(1), 128–134.
[https://doi.org/10.1016/s0959-4388\(99\)80016-6](https://doi.org/10.1016/s0959-4388(99)80016-6)
- Freitas, E., Justo, J., & Ferreira, A. S. (2016). *Is maternal investment towards preterm babies related with mothers' representations about early relationships with their parents?* Edições Aloendro.
- Fuertes, M., Faria, A., Fink, N.S., & Barbosa, M. (2011). Associations among maternal representations at birth and attachment in portuguese dyads with preterm and

full term infants. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1, 79-86.

- Galesic, M. (2006) Dropouts on the Web: effects of interest and burden experienced during an online survey. *J Off Stat* 22:313–328
- Galesic, M., & Bosnjak, M. (2009). Effects of Questionnaire Length on Participation and Indicators of Response Quality in a Web Survey. *Public Opinion Quarterly*, 73(2), 349–360. <https://doi.org/10.1093/poq/nfp031>
- Geadá, M. L. (2003, julho). *The role of parental bonding experiences on coping abilities development*. 24th International Conference on Stress and Anxiety. Lisboa: Portugal.
- Gelfand, D. M., Teti, D. M., & Radin Fox, C. E. (1992). Sources of Parenting Stress for Depressed and Nondepressed Mothers of Infants. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(3), 262–272. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2103_8
- Gennaro, S., Medoff-Cooper, B., & Lotas, M. (1992). Perinatal factors and infant temperament: A collaborative approach. *Nursing Research*, 41(6), 375–377. <https://doi.org/10.1097/00006199-199211000-00012>
- Gennaro, S., Tulman, L., & Fawcett, J. (1990). Temperament in preterm and full-term infants at three and six months of age. *Merrill-Palmer Quarterly*, 36(2), 201–215.
- Genova, F., Neri, E., Trombini, E., Stella, M., & Agostini, F. (2021). Severity of preterm birth and perinatal depressive symptoms in mothers and fathers: trajectories over the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.080>
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 649–670). The Guilford Press.
- Gholampour, F., Riem, M. M. E., & van den Heuvel, M. I. (2020). Maternal brain in the process of maternal-infant bonding: Review of the literature. *Social Neuroscience*, 15(4), 380–384. <https://doi.org/10.1080/17470919.2020.1764093>

- Gibaud-Wallston, J. & Wandersman, L.P. (1978). Development and utility of the Parenting Sense of Competence Scale. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. Toronto, Canada.
- Gillaspy, S., Tahirkheli, N., Cherry, A., McCaffree, M. A., & Tackett, A. (2014). Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: Current perspectives. *International Journal of Women's Health*, 6, 975. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s54666>
- Giurgescu, C. (2009). Are Maternal Cortisol Levels Related to Preterm Birth? *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(4), 377–390. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01034.x>
- Giurgescu, C., Sanguanklin, N., Engeland, C. G., White-Traut, R. C., Park, C., Mathews, H. L., & Janusek, L. W. (2015). Relationships among psychosocial factors, biomarkers, preeclampsia, and preterm birth in African American women: A pilot. *Applied Nursing Research*, 28(1), e1–e6. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.09.002>
- Glatz, T., Lippold, M. A., Chung, G., & Jensen, T. M. (2023). A Systematic Review of Parental Self-efficacy Among Parents of School-Age Children and Adolescents. *Adolescent Research Review*. <https://doi.org/10.1007/s40894-023-00216-w>
- Golish, T. D., & Powell, K. A. (2003). `Ambiguous Loss': Managing the Dialectics of Grief Associated with Premature Birth. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(3), 309–334. <https://doi.org/10.1177/0265407503020003003>
- Gonçalves, J. L., Fuertes, M., Alves, M. J., Antunes, S., Almeida, A. R., Casimiro, R., & Santos, M. (2020). Maternal pre and perinatal experiences with their full-term, preterm and very preterm newborns. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02934-8>
- Gondoli, D. M., & Silverberg, S. B. (1997). Maternal emotional distress and diminished responsiveness: The mediating role of parenting efficacy and parental perspective taking. *Developmental Psychology*, 33(5), 861–868. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.5.861>

- Gondwe, K. W., Brandon, D., Yang, Q., Malcom, W. F., Small, M. J., & Holditch-Davis, D. (2019). Emotional distress in mothers of early-preterm infants, late-preterm infants, and full-term infants in Malawi. *Nursing Outlook*.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.05.013>
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O. P. (2004). Should We Trust Web-Based Studies? A Comparative Analysis of Six Preconceptions About Internet Questionnaires. *American Psychologist*, *59*(2), 93–104.
<https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.2.93>
- Grady, J. S., & Karraker, K. (2016). Mother and child temperament as interacting correlates of parenting sense of competence in toddlerhood. *Infant and Child Development*, *26*(4), e1997. <https://doi.org/10.1002/icd.1997>
- Graffar, M. (1956). Une Méthode de Classification Sociale D'Échantillons de Population. *Courrier du Center International de l'Enfance* *6*(8), 455-459.
- Granero-Molina, J., Fernández Medina, I. M., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Jiménez Lasserrotte, M. del M., & López Rodríguez, M. del M. (2019). Experiences of Mothers of Extremely Preterm Infants after Hospital Discharge. *Journal of Pediatric Nursing*, *45*, e2–e8.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.003>
- Grant, K.-A., Bautovich, A., McMahon, C., Reilly, N., Leader, L., & Austin, M.-P. (2012). Parental care and control during childhood: associations with maternal perinatal mood disturbance and parenting stress. *Archives of Women's Mental Health*, *15*(4), 297–305. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0292-0>
- Gray, R. F. (2004). Prevalence, Stability, and Predictors of Clinically Significant Behavior Problems in Low Birth Weight Children at 3, 5, and 8 Years of Age. *PEDIATRICS*, *114*(3), 736–743. <https://doi.org/10.1542/peds.2003-1150-1>
- Green, M. (1986). Vulnerable Child Syndrome and Its Variants. *Pediatrics in Review*, *8*(3), 75–80. <https://doi.org/10.1542/pir.8-3-75>
- Green, M., & Solnit, A. J. (1964). Reactions to the Threatened Loss of a Child: a Vulnerable Child Syndrome. *Pediatrics*, *34*(1), 58–66.
<https://doi.org/10.1542/peds.34.1.58>

- Gross, D., Fogg, L., & Tucker, S. (1995). The Efficacy of Parent Training for Promoting Positive Parent—Toddler Relationships. *Research in Nursing & Health*, 18(6), 489–499. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180605>
- Hakhmigari, M. K., Peled, Y., Krissi, H., Levy, S., Molmen-Lichter, M., & Handelzalts, J. E. (2021). Anxious Attachment Mediates the Associations Between Early Recollections of Mother’s Own Parental Bonding and Mother–Infant Bonding: A 2-Month Path Analysis Model. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.682161>
- Hall, R. A. S., Hoffenkamp, H. N., Braeken, J., Tooten, A., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2017). Maternal psychological distress after preterm birth: Disruptive or adaptive? *Infant Behavior and Development*, 49, 272–280. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.09.012>
- Hall, R. A. S., Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Braeken, J., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2015). Longitudinal Associations Between Maternal Disrupted Representations, Maternal Interactive Behavior and Infant Attachment: A Comparison Between Full-Term and Preterm Dyads. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 320–331. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0473-3>
- Hall, R. A. S., Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Braeken, J., Vingerhoets, A. J. J. M., & Van Bakel, H. J. A. (2015). Child-Rearing History and Emotional Bonding in Parents of Preterm and Full-Term Infants. *Journal of Child and Family Studies*, 24(6), 1715–1726. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9975-7>
- Hanko, C., Bittner, A., Junge-Hoffmeister, J., Mogwitz, S., Nitzsche, K., & Weidner, K. (2019). Course of mental health and mother–infant bonding in hospitalized women with threatened preterm birth. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(1), 119–128. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05406-3>
- Harel-Gadassi, A., Friedlander, E., Yaari, M., Bar-Oz, B., Smadar Eventov-Friedman, Mankuta, D., & Nurit Yirmiya. (2020). Do developmental and temperamental characteristics mediate the association between preterm birth and the quality of mother-child interaction? *Infant Behavior & Development*, 58, 101421–101421. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101421>

- Helle, N., Barkmann, C., Bartz-Seel, J., Diehl, T., Ehrhardt, S., Hendel, A., Nestoriuc, Y., Schulte-Markwort, M., von der Wense, A., & Bindt, C. (2015). Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *Journal of Affective Disorders, 180*, 154–161.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.001>
- Helle, N., Barkmann, C., Ehrhardt, S., von der Wense, A., Nestoriuc, Y., & Bindt, C. (2016). Postpartum anxiety and adjustment disorders in parents of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *Journal of Affective Disorders, 194*, 128–134.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.016>
- Hill, R., & Flanagan, J. (2019). The Maternal-Infant Bond: Clarifying the Concept. *International Journal of Nursing Knowledge, 31*(1).
<https://doi.org/10.1111/2047-3095.12235>
- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Croon, M. A., Braeken, J., Winkel, F. W., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2012). The Impact of Premature Childbirth on Parental Bonding. *Evolutionary Psychology, 10*(3), 147470491201000. <https://doi.org/10.1177/147470491201000311>
- Hoffman, L. (2003). Mothers' Ambivalence With Their Babies and Toddlers: Manifestations of Conflicts With Aggression. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 51*(4), 1219–1240.
<https://doi.org/10.1177/00030651030510040901>
- Holditch-Davis, D., Cox, M. F., Miles, M. S., & Belyea, M. (2003). Mother-infant interactions of medically fragile infants and non-chronically ill premature infants. *Research in Nursing & Health, 26*(4), 300–311.
<https://doi.org/10.1002/nur.10095>
- Holditch-Davis, D., Santos, H., Levy, J., White-Traut, R., O'Shea, T. M., Geraldo, V., & David, R. (2015). Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development, 41*, 154–163.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.10.004>

- Hughes-Scholes, C. H., & Gavidia-Payne, S. (2019). Early Childhood Intervention Program Quality: Examining Family-Centered Practice, Parental Self-Efficacy and Child and Family Outcomes. *Early Childhood Education Journal*, 47. <https://doi.org/10.1007/s10643-019-00961-5>
- Hwang, W. Y., Choi, S. Y., & An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: a methodological study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 28(1), 8–17. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.01.04>
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 604–621. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Ionio, C., Lista, G., Mascheroni, E., Olivari, M. G., Confalonieri, E., Mastrangelo, M., Brazzoduro, V., Balestriero, M. A., Banfi, A., Bonanomi, A., Bova, S., Castoldi, F., Colombo, C., Introvini, P., & Scelsa, B. (2017). Premature birth: complexities and difficulties in building the mother-child relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(5), 509–523. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1383977>
- Jackson, A., & Gorman, W. A. (1988). Maternal attitudes to preterm birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology/Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 8(2), 119–126. <https://doi.org/10.3109/01674828809075145>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167–175. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8
- Johnston, C., Park, J. L., & Miller, N. V. (2018). Parental Cognitions: Relations to Parenting and Child Behavior. *Handbook of Parenting and Child Development across the Lifespan*, 395–414. https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9_17
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341–363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Kadiroğlu, T., & Tüfekci, F. G. (2021). Effect of Infant Care Training on Maternal Bonding, Motherhood Self-Efficacy, and Self-Confidence in Mothers of Preterm

Newborns. *Maternal and Child Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03287-0>

- Kantrowitz-Gordon, I., Altman, M. R., & Vandermause, R. (2016). Prolonged Distress of Parents After Early Preterm Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(2), 196–209. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.12.004>
- Karp, S. M., Lutenbacher, M., & Wallston, K. A. (2015). Evaluation of the Parenting Sense of Competence Scale in Mothers of Infants. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3474–3481. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0149-z>
- Khemakhem, R., Bourgou, S., Selmi, I., Azzabi, O., Belhadj, A., & Siala, N. (2020). Preterm birth, mother psychological state and mother- infant bonding. *La Tunisie medicale*, 98(12), 992–997.
- Kim, P. (2021). How stress can influence brain adaptations to motherhood. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 60, 100875. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100875>
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress and Infant Development: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 683–714. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4>
- Kins, E., Soenens, B., & Beyers, W. (2012). Parental psychological control and dysfunctional separation–individuation: A tale of two different dynamics. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1099–1109. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.02.017>
- Kinsey, C. B., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal–infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314–1320. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019>
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding: the impact of early separation or loss on family development*. Mosby.
- Koçak, D. Y., & Özcan, H. (2018). Postnatal maternal attachment: a retrospective study. *Perinatal Journal*, 26(2), 78–86. <https://doi.org/10.2399/prn.18.0262005>

- Kohlhoff, J., & Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. *Early Human Development*, 89(4), 249–256. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.01.008>
- Kong, C., & Yasmin, F. (2022). Impact of Parenting Style on Early Childhood Learning: Mediating Role of Parental Self-Efficacy. *Frontiers in Psychology*, 13(928629). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.928629>
- Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother–infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 33(3), 330–336. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.010>
- Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2009). Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 32(3), 305–311. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.04.003>
- Kretchmar, M. D., & Jacobvitz, D. B. (2002). Observing Mother-Child Relationships Across Generations: Boundary Patterns, Attachment, and the Transmission of Caregiving*. *Family Process*, 41(3), 351–374. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41306.x>
- Kuhn, J. C., & Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 564–575. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.564>
- Lasiuk, G. C., Comeau, T., & Newburn-Cook, C. (2013). Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(S1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-s1-s13>
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802–810. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.008>
- Leahy-Warren, P., Coleman, C., Bradley, R., & Mulcahy, H. (2020). The experiences of mothers with preterm infants within the first-year post discharge from NICU:

social support, attachment and level of depressive symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02956-2>

Les Bas, G., Youssef, G., Macdonald, J. A., Teague, S., Mattick, R., Honan, I., McIntosh, J. E., Khor, S., Rossen, L., Elliott, E. J., Allsop, S., Burns, L., Olsson, C., & Hutchinson, D. (2022). The Role of Antenatal and Postnatal Maternal Bonding in Infant Development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(6). <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.08.024>

Liu, C.-C., Chen, Y.-C., Yeh, Y.-P., & Hsieh, Y.-S. (2011). Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 908–918. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05796.x>

Lubotzky-Gete, S., Ornoy, A., Grotto, I., & Calderon-Margalit, R. (2021). Postpartum depression and infant development up to 24 months: A nationwide population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 285, 136–143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.042>

Ludmer, J. A., Gonzalez, A., Kennedy, J., Masellis, M., Meinz, P., & Atkinson, L. (2018). Association between maternal childhood maltreatment and mother-infant attachment disorganization: Moderation by maternal oxytocin receptor gene and cortisol secretion. *Hormones and Behavior*, 102, 23–33. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.04.006>

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66–104. <https://doi.org/10.2307/3333827>

Malin, K. J., Johnson, T. S., McAndrew, S., Westerdahl, J., Leuthner, J., & Lagatta, J. (2020). Infant illness severity and perinatal post-traumatic stress disorder after discharge from the neonatal intensive care unit. *Early Human Development*, 140, 104930. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104930>

Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2006). Mother's early perception of her infant's difficult temperament, parenting stress

and early mother–infant interaction. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(5), 379–386. <https://doi.org/10.1080/08039480600937280>

Mattheß, J., Koch, G., Keil, T., Roll, S., Berghöfer, A., Ludwig-Körner, C., Schlenzog-Schuster, F., Sprengeler, M. K., von Klitzing, K., & Kuchinke, L. (2023). Past attachment experiences, the potential link of mentalization and the transmission of behavior to the child by mothers with mental health problems: cross-sectional analysis of a clinical sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02291-9>

Medina, I. M. F., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Ávila, M. C., & Del Mar López Rodríguez, M. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth*, 31(4), 325–330. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008>

Meijssen, D., Wolf, M.-J., van Bakel, H., Koldewijn, K., Kok, J., & van Baar, A. (2011). Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.009>

Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>

Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing & Health*, 18(4), 333–343. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180407>

Miles, M. S., Funk, S. G., & Kasper, M. A. (1992). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in Nursing & Health*, 15(4), 261–269. <https://doi.org/10.1002/nur.4770150405>

Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Schwartz, T. A., & Scher, M. (2007). Depressive Symptoms in Mothers of Prematurely Born Infants. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(1), 36–44. <https://doi.org/10.1097/01.dbp.0000257517.52459.7a>

Misund, A. R., Bråten, S., Nerdrum, P., Pripp, A. H., & Diseth, T. H. (2016). A Norwegian prospective study of preterm mother–infant interactions at 6 and 18

- months and the impact of maternal mental health problems, pregnancy and birth complications. *BMJ Open*, 6(5), e009699. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009699>
- Misund, A. R., Nerdrum, P., & Diseth, T. H. (2014). Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-263>
- Misund, A. R., Nerdrum, P., Bråten, S., Pripp, A. H., & Diseth, T. H. (2013). Long-term risk of mental health problems in women experiencing preterm birth: a longitudinal study of 29 mothers. *Annals of General Psychiatry*, 12, 33. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-33>
- Modak, A., Ronghe, V., Gomase, K. P., Mahakalkar, M. G., & Taksande, V. (2023). A Comprehensive Review of Motherhood and Mental Health: Postpartum Mood Disorders in Focus. *Cureus*, 15(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.46209>
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother–child bonding. *Archives of Women’s Mental Health*, 9(5), 273–278. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>
- Molnar, A. (2019). SMARTRIQS: A Simple Method Allowing Real-Time Respondent Interaction in Qualtrics Surveys. *Journal of Behavioral and Experimental Finance*, 22, 161–169. <https://doi.org/10.1016/j.jbef.2019.03.005>
- Monti, F., Neri, E., Trombini, E., Aureliano, F., Biasini, A., & Agostini, F. (2013). Prematurity: parental stress, temperament and infant development. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 1(3), 141–155. <https://doi.org/10.1989/ejpad.v1i3.11>
- Montigny, F., & Lacharite, C. (2005). Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 387–396. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03302.x>
- Müller, M. E. (1996). Prenatal and Postnatal Attachment: A Modest Correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 25(2), 161–166. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02420.x>

- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother–child interactions. *Early Human Development*, 79(2), 145–158.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002>
- Murakami, K., Noda, A., Ishikuro, M., Obara, T., Ueno, F., Onuma, T., Matsuzaki, F., Kikuchi, S., Kobayashi, N., Hamada, H., Iwama, N., Metoki, H., Kikuya, M., Saito, M., Sugawara, J., Tomita, H., Yaegashi, N., & Kuriyama, S. (2023). Maternal postnatal bonding disorder and developmental delays in children: the Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study. *Archives of Women's Mental Health*, 26(2), 219–226.
<https://doi.org/10.1007/s00737-023-01298-0>
- Nandyal, R., Owora, A., Risch, E., Bard, D., Bonner, B., & Chaffin, M. (2013). Special care needs and risk for child maltreatment reports among babies that graduated from the Neonatal Intensive Care. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1114–1121.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.003>
- Narita, T., Sato, T., Hirano, S., Gota, M., Sakado, K., & Uehara, T. (2000). Parental child-rearing behavior as measured by the Parental Bonding Instrument in a Japanese population: factor structure and relationship to a lifetime history of depression. *Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 229–234.
[https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(99\)00071-3](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00071-3)
- Nayak, M. S. D. P., & Narayan, K. A. (2019) Strengths and Weakness of Online Surveys. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 24(5), 31-38.
<https://doi.org/10.9790/0837-2405053138>
- Ngai, F.-W., Wai-Chi Chan, S., & Ip, W.-Y. (2010). Predictors and Correlates of Maternal Role Competence and Satisfaction. *Nursing Research*, 59(3), 185–193.
<https://doi.org/10.1097/nnr.0b013e3181dbb9ee>
- Nicholson, J., & Henry, A. D. (2003). Achieving the goal of evidence-based psychiatric rehabilitation practices for mothers with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(2), 122–130.
<https://doi.org/10.2975/27.2003.122.130>

- Niven, C., Wiszniewski, C., & Alroomi, L. (1993). Attachment (bonding) in mothers of pre-term babies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *11*(3), 175–185. <https://doi.org/10.1080/02646839308403214>
- O’Dea, G. A., Youssef, G., Hagg, L., Francis, L. M., Spry, E., Rossen, L., Smith, I., Teague, S., Mansour, K. A., Booth, A., Davies, S., Hutchinson, D., & Macdonald, J. A. (2023). Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Women’s Mental Health*, *26*. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01332-1>
- O’Donovan, A., & Nixon, E. (2019). “Weathering the storm:” Mothers’ and fathers’ experiences of parenting a preterm infant. *Infant Mental Health Journal*, *40*(4), 573–587. <https://doi.org/10.1002/imhj.21788>
- Ohan, J. L., Leung, D. W., & Johnston, C. (2000). The Parenting Sense of Competence scale: Evidence of a stable factor structure and validity. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, *32*(4), 251–261. <https://doi.org/10.1037/h0087122>
- Ohara, M., Nakatochi, M., Okada, T., Aleksic, B., Nakamura, Y., Shiino, T., Yamauchi, A., Kubota, C., Morikawa, M., Murase, S., Goto, S., Kanai, A., Kato, R., Ando, M., & Ozaki, N. (2018). Impact of perceived rearing and social support on bonding failure and depression among mothers: A longitudinal study of pregnant women. *Journal of Psychiatric Research*, *105*, 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.09.001>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021, novembro). *Dia Mundial da Prematuridade*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-mundial-da-prematuridade/>
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, *52*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Peterson, G. H., & Mehl, L.E. (1978). Some determinants of maternal attachment.. *American Journal of Psychiatry*, *135*(10), 1168–1173. <https://doi.org/10.1176/ajp.135.10.1168>

- Petit, A.-C., Eutrope, J., Thierry, A., Bednarek, N., Aupetit, L., Saad, S., Vulliez, L., Sibertin-Blanc, D., Nezelof, S., & Rolland, A.-C. (2016). Mother's Emotional and Posttraumatic Reactions after a Preterm Birth: The Mother-Infant Interaction Is at Stake 12 Months after Birth. *PLoS ONE*, *11*(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151091>
- Pisoni, C., Spairani, S., Manzoni, F., Ariaudo, G., Naboni, C., Moncecchi, M., Balottin, U., Tinelli, C., Gardella, B., Tzialla, C., Stronati, M., Bollani, L., & Orcesi, S. (2019). Depressive symptoms and maternal psychological distress during early infancy: A pilot study in preterm as compared with term mother–infant dyads. *Journal of Affective Disorders*, *257*, 470–476.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.039>
- Platt, M. J. (2014). Outcomes in preterm infants. *Public Health*, *128*(5), 399–403.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.03.010>
- Ponomartchouk, D., & Bouchard, G. (2014). New Mothers' Sense of Competence: Predictors and Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(7), 1977–1986. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9997-1>
- Ponomartchouk, D., & Bouchard, G. (2014). New Mothers' Sense of Competence: Predictors and Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(7), 1977–1986. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9997-1>
- Provasi, J. (2019). Parent-Preterm Infant Interaction. *Early Interaction and Developmental Psychopathology*, 123–149. https://doi.org/10.1007/978-3-030-04769-6_7
- Provenzi, L., Fumagalli, M., Bernasconi, F., Sirgiovanni, I., Morandi, F., Borgatti, R., & Montiroso, R. (2016). Very Preterm and Full-Term Infants' Response to Socio-Emotional Stress: The Role of Postnatal Maternal Bonding. *Infancy*, *22*(5), 695–712. <https://doi.org/10.1111/infa.12175>
- Provenzi, L., Giusti, L., Fumagalli, M., Frigerio, S., Morandi, F., Borgatti, R., Mosca, F., & Montiroso, R. (2019). The dual nature of hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation in dyads of very preterm infants and their mothers. *Psychoneuroendocrinology*, *100*, 172–179.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.10.007>

- Pyhälä, R., Räikkönen, K., Pesonen, A., Heinonen, K., Lahti, J., Hovi, P., Strang-Karlsson, S., Andersson, S., Eriksson, J. G., Järvenpää, A., & Kajantie, E. (2011). Parental Bonding after Preterm Birth: Child and Parent Perspectives in the Helsinki Study of Very Low Birth Weight Adults. *The Journal of Pediatrics*, 158(2), 251-256.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.07.059>
- Ramos, V. S. (2007). *Estudo preliminar do Parental Bonding Instrument: Adaptação de um instrumento de medida*. [Tese de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Repositório aberto do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/833>
- Regmi, P. R., Waithaka, E., Paudyal, A., Simkhada, P., & Van Teijlingen, E. (2016). Guide to the Design and Application of Online Questionnaire Surveys. *Nepal Journal of Epidemiology*, 6(4), 640–644. <https://doi.org/10.3126/nje.v6i4.17258>
- Rieves, P. D., Petty, K., & McCarroll, E. (2016). The Lived Experiences of Transition to Parenthood for Parents of Preterm Infants. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(4), 306. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.04.009>
- Robson, K. S., & Moss, H. A. (1970). Patterns and determinants of maternal attachment. *The Journal of Pediatrics*, 77(6), 976–985. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(70\)80080-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(70)80080-4)
- Robson, K. S., & Moss, H. A. (1970). Patterns and determinants of maternal attachment. *The Journal of Pediatrics*, 77(6), 976–985. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(70\)80080-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(70)80080-4)
- Rocha, N. A. C. F., dos Santos Silva, F. P., dos Santos, M. M., & Dusing, S. C. (2019). Impact of mother–infant interaction on development during the first year of life: A systematic review. *Journal of Child Health Care*, 24(3), 365–385. <https://doi.org/10.1177/1367493519864742>
- Rogers, C. E., Kidokoro, H., Wallendorf, M., & Inder, T. E. (2012). Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge. *Journal of Perinatology*, 33(3), 171–176. <https://doi.org/10.1038/jp.2012.75>
- Ross, A., Willson, V.L. (2017). Hierarchical Multiple Regression Analysis Using at Least Two Sets of Variables (In Two Blocks). In: Basic and Advanced

Statistical Tests. SensePublishers, Rotterdam. https://doi.org/10.1007/978-94-6351-086-8_10

- Sandnes, R., Le Floch, M., Riquin, E., Nocus-Bansept, I., Müller, J. B., & Bacro, F. (2024). Parental stress and mental health outcomes following very preterm birth: A systematic review of recent findings. *Journal of Affective Disorders*, 355, 513–525. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.154>
- Sansavini, A., Zavaglini, V., Guarini, A., Savini, S., Alessandroni, R., & Faldella, G. (2015). Dyadic co-regulation, affective intensity and infant's development at 12 months: A comparison among extremely preterm and full-term dyads. *Infant Behavior & Development*, 40, 29–40. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.03.005>
- Santos, H., Yang, Q., Docherty, S. L., White-Traut, R., & Holditch-Davis, D. (2016). Relationship of Maternal Psychological Distress Classes to Later Mother-Infant Interaction, Home Environment, and Infant Development in Preterm Infants. *Research in Nursing & Health*, 39(3), 175–186. <https://doi.org/10.1002/nur.21719>
- Santos, S. E. (2021, novembro). Prematuridade em Portugal. *Atlas da Saúde*. <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/prematuridade-em-portugal>
- Sayer, L. C., Gauthier, A. H., & Furstenberg, F. F. (2004). Educational differences in parents' time with children: Cross-national variations. *Journal of Marriage and Family*, 66(5), 1152–1169. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.00084.x>
- Shah, P. E., Fonagy, P., & Strathearn, L. (2010). Is attachment transmitted across generations? The plot thickens. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 329–345. <https://doi.org/10.1177/1359104510365449>
- Shang, X., Li, L., Niu, C., Liao, Y., & Gao, S. (2022). Relationship between social support and parenting sense of competence in puerperal women: Multiple mediators of resilience and postpartum depression. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.986797>
- Shinohara, S., Shinohara, R., Kojima, R., Otawa, S., Kushima, M., Miyake, K., Yui, H., Ooka, T., Akiyama, Y., Horiuchi, S., Yokomichi, H., & Yamagata, Z. (2024). Neonatal transfer and duration of hospitalization of newborns as potential risk

- factors for impaired mother-infant bonding: The Japan Environment and Children's Study. *Journal of Affective Disorders*, 360, 314–321.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.06.001>
- Shrooti, S., Mangala, S., Nirmala, P., Devkumari, S., & Dharanidhar, B. (2016). Perceived Maternal Role Competence among the Mothers Attending Immunization Clinics of Dharan, Nepal. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(2), 100–106.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4876778/>
- Singer, L. T. (1999). Maternal Psychological Distress and Parenting Stress After the Birth of a Very Low-Birth-Weight Infant. *JAMA*, 281(9), 799.
<https://doi.org/10.1001/jama.281.9.799>
- Slade, A., Belsky, J., Aber, J. L., & Phelps, J. L. (1999). Mothers' representations of their relationships with their toddlers: Links to adult attachment and observed mothering. *Developmental Psychology*, 35(3), 611–619.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.3.611>
- Smyth, J. D. (2018). Internet survey methods: A review of strengths, weaknesses, and innovations. *Social and behavioral research and the Internet*, 11-44.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Dia Mundial da Prematuridade*. (n.d.).
<https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>
- Soghier, L. M., Kritikos, K. I., Carty, C. L., Glass, P., Tuchman, L. K., Streisand, R., & Fratantoni, K. R. (2020). Parental Depression Symptoms at Neonatal Intensive Care Unit Discharge and Associated Risk Factors. *The Journal of Pediatrics*, 227, 163-169.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.040>
- Solomon, J., George, C., & Mayseless, O. (2006). *Intergenerational Transmission of Dysregulated Maternal Caregiving: Mothers Describe Their Upbringing and Childrearing*. 265–295. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511499869.010>
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional Development*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/cbo9780511527661>
- Stern, D. N. (1991). Maternal representations: A clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 174–186.

[https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3%3C174::aid-imhj2280120305%3E3.0.co;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3%3C174::aid-imhj2280120305%3E3.0.co;2-0)

Stern, D. N., & Bruschiweiler-Stern, N. (1998). *The Birth Of A Mother*. Basic Books.

Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J., & Montague, P. R. (2009). Adult Attachment Predicts Maternal Brain and Oxytocin Response to Infant Cues. *Neuropsychopharmacology*, *34*(13), 2655–2666.
<https://doi.org/10.1038/npp.2009.103>

Takács, L., Smolík, F., Kaźmierczak, M., & Putnam, S. P. (2020). Early infant temperament shapes the nature of mother-infant bonding in the first postpartum year. *Infant Behavior and Development*, *58*, 101428.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101428>

Talebi, F., Javadifar, N., Simbar, M., Dastoorpoor, M., Shahbazian, N., & Abbaspoor, Z. (2023). Effect of the Parenting Preparation Program on Maternal Role Competence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PubMed*, *28*(4), 384–390. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_159_22

Tarkka, M.-T. (2003). Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, *41*(3), 233–240.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02524.x>

Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, *8*(1), 45–51. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0074-z>

Taylor, L. S. (2016). Maternal experiences of preterm birth. *Infant*, *12*(2), 57–61

Teixeira, M., Raimundo, F., & Antunes, M. (2016). Relation between Maternal-Fetal Attachment and Gestational Age and Parental Memories. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº8), 85–92.
<https://doi.org/10.12707/riv15025>

Teodoro, M. L. M., Benetti, S. P. da C., Schwartz, C. B., & Mõnego, B. G. (2010). Propriedades Psicométricas do Parental Bonding Instrument e Associação com Funcionamento Familiar. *Avaliação Psicológica*, *9*(2), 243–251.

- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral Competence among Mothers of Infants in the First Year: The Mediational Role of Maternal Self-Efficacy. *Child Development*, 62(5), 918. <https://doi.org/10.2307/1131143>
- Thivierge, E., Luu, T. M., Bourque, C. J., Duquette, L.-A., Pearce, R., Jaworski, M., Barrington, K. J., Synnes, A., & Janvier, A. (2022). Guilt and regret experienced by parents of children born extremely preterm. *The Journal of Pediatrics*, S0022-3476(22)010198. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.10.042>
- Torchin, H., & Ancel, P.-Y. . (2016). Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 45(10), 1213–1230. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.013>
- Trecca, F., Bleses, D., Højen, A., & Laursen, B. (2022). Direct and indirect effects from parenting self-efficacy and parenting practices to social-emotional adjustment in 3- to 5-year-old children. *Acta Psychologica*, 229, 103673. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103673>
- Treyvaud, K., & Brown, S. J. (2022). Mental health of children and parents after very preterm birth. *World Psychiatry*, 21(1), 148–149. <https://doi.org/10.1002/wps.20936>
- Trombetta, T., Giordano, M., Santoniccolo, F., Vismara, L., Vedova, A. M. D., & Rollè, L. (2021). Pre-natal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.620942>
- Trumello, C., Candelori, C., Cofini, M., Cimino, S., Cerniglia, L., Paciello, M., & Babore, A. (2018). Mothers' Depression, Anxiety, and Mental Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit. *Frontiers in Public Health*, 6(6). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00359>
- Udry-Jørgensen, L., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Quality of attachment, perinatal risk, and mother-infant interaction in a high-risk premature sample. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 305–318. <https://doi.org/10.1002/imhj.20298>
- van Schalkwyk, E., Gay, S., Miller, J., Matthee, E., & Gerber, B. (2020). Perceptions of mothers with preterm infants about early communication development: A

- scoping review. *South African Journal of Communication Disorders*, 67(1).
<https://doi.org/10.4102/sajcd.v67i1.640>
- Vance, A. J., & Brandon, D. H. (2017). Delineating Among Parenting Confidence, Parenting Self-Efficacy, and Competence. *Advances in Nursing Science*, 40(4), E18–E37. <https://doi.org/10.1097/ans.000000000000179>
- Vigod, S., Villegas, L., Dennis, C-L., & Ross, L. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(5), 540–550. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>
- Walter, S. L., Seibert, S. E., Goering, D., & O’Boyle, E. H. (2018). A Tale of Two Sample Sources: Do Results from Online Panel Data and Conventional Data Converge? *Journal of Business and Psychology*, 34(4), 425–452.
<https://doi.org/10.1007/s10869-018-9552-y>
- Wang, L., Wang, T., Li, H., Guo, K., Hu, L., Zhang, S., & Rozelle, S. (2022). Parental Self-Perception, Parental Investment, and Early Childhood Developmental Outcomes: Evidence From Rural China. *Frontiers in Public Health*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.820113>
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Child Development*, 71(3), 684–689. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00176>
- Winston, R., & Chicot, R. (2016). The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. *London Journal of Primary Care*, 8(1), 12–14. <https://doi.org/10.1080/17571472.2015.1133012>
- World Health Organization: WHO. (2023, May 10). *Preterm birth*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Worrall, S., Silverio, S. A., & Fallon, V. M. (2022). The relationship between prematurity and maternal mental health during the first postpartum year. *Journal of Neonatal Nursing*, 29(3). <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.10.002>

- Wubetu, A. D., Amare, Y. E., Haile, A. B., & Degu, M. W. (2021). Newborn Birth Weight and Associated Factors Among Mother-Neonate Pairs in Public Hospitals, North Wollo, Ethiopia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics, Volume 12*, 111–118. <https://doi.org/10.2147/phmt.s299202>
- Yaari, M., Treyvaud, K., Lee, K. J., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2019). Preterm Birth and Maternal Mental Health: Longitudinal Trajectories and Predictors. *Journal of Pediatric Psychology, 44*(6), 736–747. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz019>
- Zdolska-Wawrzekiewicz, A., Chrzan-Dętkoś, M., Pizuńska, D., & Bidzan, M. (2020). Attachment Styles, Various Maternal Representations and A Bond to a Baby. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph17103363>
- Zeitlin, J. (2002). Fetal sex and preterm birth: are males at greater risk? *Human Reproduction, 17*(10), 2762–2768. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.10.2762>
- Zeitlin, J., Ancel, P.-Y., Larroque, B., Kaminski, M., & the EPIPAGE group. (2004). Fetal sex and indicated very preterm birth: results of the EPIPAGE study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 190*(5), 1322–1325. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.10.703>
- Zhu, Y., Zhou, X., Yin, X., Qiu, L., Sun, N., An, R., & Gong, Y. (2022). Parenting sense of competence and its predictors among primiparous women: a longitudinal study in China. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04881-y>