

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



Bebé imaginário vs. bebé real: Qual a influência na percepção materna dos comportamentos do recém-nascido e no nível de confiança nos cuidados a prestar ao bebé?

Carolina Santos Chagas

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



Bebé imaginário vs. bebé real: Qual a influência na percepção materna dos comportamentos do recém-nascido e no nível de confiança nos cuidados a prestar ao bebé?

Carolina Santos Chagas

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2014

À “Mãe Célia”

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor João Justo, por todo o conhecimento partilhado e disponibilidade ao longo deste percurso; por não nos permitir desanimar nos momentos mais dúbios; pelo subtil sentido de humor com que fazia comentários; por toda a prestabilidade, dedicação e empatia.

À minha mãe, por tudo, pelas infindáveis conversas sobre quando éramos bebés, pela partilha de conhecimentos, pelo apoio incondicional, pela pessoa única que é, por ser a minha base segura e por me ensinar da mais bonita forma acerca da experiência de maternidade.

Ao meu pai, à Vitória, à Alice, à Avó Gena, à Sara, ao Ricardo, ao Daniel, à Carolina, à Sandra, à Patrícia, à Marta, ao Paulo, à Liliana, à Ana, e a tantos outros que me apoiaram e ajudaram nesta caminhada.

Por fim, a todas as mães que contribuíram para que este estudo fosse possível, por todos os momentos de partilha (muitas vezes em situação de grande vulnerabilidade) e pelas palavras amigas e de conforto que frequentemente me desejaram.

RESUMO

Introdução: O constructo de bebé imaginário diz respeito à representação que as mães fazem do bebé durante o período de gravidez, fruto dos seus sonhos e desejos. Já o bebé real é considerado o verdadeiro bebé, o qual a mãe pega e embala nos seus braços no dia do nascimento.

Objectivo: O presente estudo pretende investigar se a diferença entre estas duas representações influencia a percepção materna do comportamento do recém-nascido, bem como o nível de confiança por parte da mãe nos cuidados a prestar ao bebé.

Procedimento: De forma a analisar as hipóteses de investigação, foram aplicados, a um grupo de 109 recém-mães (que deram à luz na Maternidade Dr. Alfredo da Costa), os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico (construído originalmente para este estudo), Questionário da Diferença Bebé Imaginário/Bebé Real (Chagas, Maltez, & Miranda, 2013) e as Escalas da Mãe e do Bebé (Wolke & James-Roberts, 1987; adaptação portuguesa de Marques & Justo, 2007).

Resultados: A regressão linear permitiu identificar, no domínio do QDBIBR, as variáveis interacção mãe-bebé e escala completa como predictoras significativas da percepção materna relativa à instabilidade/irregularidade do bebé; a variável interacção mãe-bebé como preditora significativa da percepção materna do bebé enquanto fácil; e as variáveis interacção mãe-bebé, expectativa negativa e escala completa com valores estatisticamente significativos para a explicação da percepção materna relativa à falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé.

Conclusão: As mães que revelaram uma maior diferença entre o bebé imaginário e o bebé real tendem a perceber o comportamento do seu filho como mais instável/irregular, menos fácil e a sentir-se menos confiantes nos cuidados a prestar ao mesmo. As dimensões desta diferença que ajudam a explicar tais resultados dizem respeito à interacção mãe-bebé, à expectativa negativa e à escala completa do Questionário da Diferença Bebé Imaginário/Bebé Real.

Palavras-chave: bebé imaginário; bebé real; percepção materna; comportamento do bebé; confiança materna; relação diádica.

RÉSUMÉ

Introduction: Le concept de bébé imaginaire concerne la représentation que les mères font de leurs bébés pendant la grossesse, fruit de leurs rêves et désirs. Le bébé réel est considéré le vrai bébé, celui que la mère tient et berce dans ses bras le jour de l'accouchement.

Objectif: Cette étude a comme objectif enquêter si la différence entre ces deux représentations influe la perception maternelle du comportement du nourrisson, ainsi que le niveau de confiance de la mère par rapport aux soins à fournir au bébé.

Procédure: De façon à analyser les hypothèses de la recherche, on a appliqué, à un groupe de 109 mères (qui ont accouchées récemment à Maternidade Dr. Alfredo da Costa), les outils de recherche suivants: Questionnaire Sociodémographique et Clinique (construit spécifiquement pour cette recherche), Questionnaire de la Différence Bébé Imaginaire/Bébé Réel (Chagas, Maltez, & Miranda, 2013) et les Échelles de la Mère et du Bébé (Wolke & James-Roberts, 1987; adaptation portugaise de Marques & Justo, 2007).

Résultats: La régression linéaire a permis d'identifier, dans le domaine du QDBIBR, les variables interaction mère-bébé et l'échelle complète en tant que prédictives importantes de la perception maternelle en ce qui concerne l'instabilité/irrégularité du bébé; la variable interaction mère-bébé en tant que prédictive importante de la perception maternelle du bébé docile; les variables interaction mère-bébé, attente négative et échelle complète ont des valeurs statistiquement significatives pour l'explication de la perception maternelle sur le manque de confiance des soins à fournir au bébé.

Conclusion : Les mères qui montrent un plus grand décalage entre le bébé imaginaire et le bébé réel, ont tendance à percevoir le comportement de leurs bébés comme plus instable/irrégulier, moins facile et à sentir moins de confiance en eux-mêmes en ce qui concerne les soins à fournir à ceux-là. Les dimensions de ce décalage qui nous aident à expliquer ces résultats sont l'interaction mère-bébé, l'attente négative et l'échelle complète du Questionnaire de la Différence Bébé Imaginaire/Bébé Réel.

Mots-clés: bébé imaginaire; bébé réel; perception maternelle; comportement du bébé; confiance maternelle; relation dyadique.

ABSTRACT

Introduction: The imaginary baby construct concerns the mother's representations of the baby during pregnancy, fruit of her dreams and wishes. However, the real baby is considered the true baby, the one that the mother cradles in her arms on the day of birth.

Purpose: This study aims to investigate whether the difference between these two representations influences maternal perceptions about the newborn's behavior, as well as the level of maternal confidence to take care of him.

Procedure: In order to examine these research hypotheses, the following instruments of evaluation were used on a group of 109 mothers (who had recently given birth at Maternidade Dr. Alfredo da Costa): Clinical and Sociodemographic Questionnaire (devised specifically for this study), Questionnaire on the Difference between the Imaginary Baby and the Real Baby (Chagas, Maltez, & Miranda, 2013) and The Mother and Baby Scales (Wolke & James-Roberts, 1987; Marques & Justo, 2007, portuguese adaptation).

Results: The linear regression analysis enabled us to identify, in the field of QDBIBR, not only the mother-infant interaction, but also the full scale variables as significant predictors of maternal perceptions of the instability/irregularity of the baby; the mother-infant interaction variable as a significant predictor of maternal perception of the infant as easy, and the mother-infant interaction, the negative expectation and the full scale variables with statistically significant values explaining maternal perception of the lack of confidence to provide healthcare for the baby.

Conclusion: Mothers who demonstrate a greater difference between the imaginary and the real baby tend to perceive their children's behavior as more unsettled/irregular, less easy and feel less confidence in themselves to take care of them. The dimensions of this difference, which help to explain these findings, are the mother-infant interaction, the negative expectation and the full scale of Questionnaire on the Difference between the Imaginary Baby and the Real Baby.

Keywords: imaginary baby; real baby; maternal perceptions; baby's behavior; maternal confidence; dyadic relationship.

Índice

1. Enquadramento teórico	1
1.1. A transição para a parentalidade e o período de gestação	1
1.1.1. 1º Trimestre	2
1.1.2. 2º Trimestre	3
1.1.3. 3º Trimestre	5
1.1.4. O parto	6
1.1.5. A identidade materna	6
1.1.6. A organização psíquica da maternidade	8
1.1.7. O relacionamento com as figuras parentais	8
1.1.8. As expectativas em relação ao bebé	10
1.2. O bebé imaginário	12
1.3. A interacção mãe-bebé	15
2. Objectivos e hipóteses gerais	21
3. Método	23
3.1. Definição das variáveis	23
3.2. Operacionalização das variáveis	23
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	23
3.2.2. Questionário da Diferença Bebé Imaginário/Bebé Real (QDBIBR)	24
3.2.3. Escalas da Mãe e do Bebé (MABS – Mother and Baby Scales)	25
3.3. Hipóteses específicas	26
4. Delineamento do estudo	29
4.1. Participantes	29
4.2. Procedimento	30
5. Resultados	31
5.1. Análise de regressão estatística	31
5.2. Testagem das hipóteses	32
5.2.1. Testagem de HE1	32
5.2.1.1. Testagem de HE1 face a F1 do QDBIBR	32
5.2.1.2. Testagem de HE1 face a F2 do QDBIBR	32

5.2.1.3.	Testagem de HE1 face a F3 do QDBIBR	33
5.2.1.4.	Testagem de HE1 face a F4 do QDBIBR	33
5.2.1.5.	Testagem de HE1 face à Escala Completa do QDBIBR	33
5.2.1.6.	Conclusão da testagem de HE1	34
5.2.2.	Testagem de HE2	34
5.2.2.1.	Testagem de HE2 face a F1 do QDBIBR	34
5.2.2.2.	Testagem de HE2 face a F2 do QDBIBR	34
5.2.2.3.	Testagem de HE2 face a F3 do QDBIBR	35
5.2.2.4.	Testagem de HE2 face a F4 do QDBIBR	35
5.2.2.5.	Testagem de HE2 face à Escala Completa do QDBIBR	35
5.2.2.6.	Conclusão da testagem de HE2	35
5.2.3.	Testagem de HE3	36
5.2.3.1.	Testagem de HE3 face a F1 do QDBIBR	36
5.2.3.2.	Testagem de HE3 face a F2 do QDBIBR	36
5.2.3.3.	Testagem de HE3 face a F3 do QDBIBR	36
5.2.3.4.	Testagem de HE3 face a F4 do QDBIBR	36
5.2.3.5.	Testagem de HE3 face à Escala Completa do QDBIBR	37
5.2.3.6.	Conclusão da testagem de HE3	37
5.2.4.	Testagem de HE4	37
5.2.4.1.	Testagem de HE4 face a F1 do QDBIBR	38
5.2.4.2.	Testagem de HE4 face a F2 do QDBIBR	38
5.2.4.3.	Testagem de HE4 face a F3 do QDBIBR	38
5.2.4.4.	Testagem de HE4 face a F4 do QDBIBR	38
5.2.4.5.	Testagem de HE4 face à Escala Completa do QDBIBR	38
5.2.4.6.	Conclusão da testagem de HE4	38
5.2.5.	Testagem de HE5	39
5.2.5.1.	Testagem de HE5 face a F1 do QDBIBR	39
5.2.5.2.	Testagem de HE5 face a F2 do QDBIBR	40
5.2.5.3.	Testagem de HE5 face a F3 do QDBIBR	40
5.2.5.4.	Testagem de HE5 face a F4 do QDBIBR	40
5.2.5.5.	Testagem de HE5 face à Escala Completa do QDBIBR	40
5.2.5.6.	Conclusão da testagem de HE5	41
5.2.6.	Testagem de HE6	41

5.2.6.1. Testagem de HE6 face a F1 do QDBIBR	41
5.2.6.2. Testagem de HE6 face a F2 do QDBIBR	42
5.2.6.3. Testagem de HE6 face a F3 do QDBIBR	42
5.2.6.4. Testagem de HE6 face a F4 do QDBIBR	42
5.2.6.5. Testagem de HE6 face à Escala Completa do QDBIBR	43
5.2.6.6. Conclusão da testagem de HE6	43
5.2.7. Testagem de HE7	44
5.2.7.1. Testagem de HE7 face a F1 do QDBIBR	44
5.2.7.2. Testagem de HE7 face a F2 do QDBIBR	44
5.2.7.3. Testagem de HE7 face a F3 do QDBIBR	44
5.2.7.4. Testagem de HE7 face a F4 do QDBIBR	45
5.2.7.5. Testagem de HE7 face à Escala Completa do QDBIBR	45
5.2.7.6. Conclusão da testagem de HE7	45
5.2.8. Testagem de HE8	45
5.2.8.1. Testagem de HE8 face a F1 do QDBIBR	45
5.2.8.2. Testagem de HE8 face a F2 do QDBIBR	46
5.2.8.3. Testagem de HE8 face a F3 do QDBIBR	46
5.2.8.4. Testagem de HE8 face a F4 do QDBIBR	46
5.2.8.5. Testagem de HE8 face à Escala Completa do QDBIBR	46
5.2.8.6. Conclusão da testagem de HE8	46
6. Discussão	49
6.1. Conclusões finais	51
6.2. Limitações do estudo	52
6.3. Sugestões de estudos futuros	52
Bibliografia	55

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatística descritiva da amostra na operacionalização das variáveis F1, F2, F3, F4 e Escala Completa do QDBIBR	25
Tabela 2. Estatística descritiva da amostra na operacionalização das variáveis UI, IDF, A, ADF, E, LCC, LCF e GC da MABS	26
Tabela 3. Análise de regressão da HE1 relativamente ao F1 do QDBIBR	32
Tabela 4. Análise de regressão da HE1 relativamente à Escala Completa do QDBIBR	33
Tabela 5. Análise de regressão da HE5 relativamente ao F1 do QDBIBR	40
Tabela 6. Análise de regressão da HE6 relativamente ao F1 do QDBIBR	41
Tabela 7. Análise de regressão da HE6 relativamente ao F4 do QDBIBR	42
Tabela 8. Análise de regressão da HE6 relativamente à Escala Completa do QDBIBR	43

Índice de Anexos
Anexos Relativos à Metodologia

Anexo A – Folha de Informação à Participante

Anexo B – Declaração de Consentimento Informado

Anexo C – Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo D – Questionário da Diferença Bebê Imaginário/Bebê Real

Anexo E – Escalas da Mãe e do Bebê

Índice de Anexos
Anexos Relativos à Análise Estatística

- Anexo I – Análise de regressão da HE1 relativamente ao F2 do QDBIBR
Anexo II – Análise de regressão da HE1 relativamente ao F3 do QDBIBR
Anexo III – Análise de regressão da HE1 relativamente ao F4 do QDBIBR
Anexo IV – Análise de regressão da HE2 relativamente ao F1 do QDBIBR
Anexo V – Análise de regressão da HE2 relativamente ao F2 do QDBIBR
Anexo VI – Análise de regressão da HE2 relativamente ao F3 do QDBIBR
Anexo VII – Análise de regressão da HE2 relativamente ao F4 do QDBIBR
Anexo VIII – Análise de regressão da HE2 relativamente à Escala completa do QDBIBR
Anexo IX – Análise de regressão da HE3 relativamente ao F1 do QDBIBR
Anexo X – Análise de regressão da HE3 relativamente ao F2 do QDBIBR
Anexo XI – Análise de regressão da HE3 relativamente ao F3 do QDBIBR
Anexo XII – Análise de regressão da HE3 relativamente ao F4 do QDBIBR
Anexo XIII – Análise de regressão da HE3 relativamente à Escala completa do QDBIBR
Anexo XIV – Análise de regressão da HE4 relativamente ao F1 do QDBIBR
Anexo XV – Análise de regressão da HE4 relativamente ao F2 do QDBIBR
Anexo XVI – Análise de regressão da HE4 relativamente ao F3 do QDBIBR
Anexo XVII – Análise de regressão da HE4 relativamente ao F4 do QDBIBR
Anexo XVIII – Análise de regressão da HE4 relativamente à Escala completa do QDBIBR
Anexo XIX – Análise de regressão da HE5 relativamente ao F2 do QDBIBR
Anexo XX – Análise de regressão da HE5 relativamente ao F3 do QDBIBR
Anexo XXI – Análise de regressão da HE5 relativamente ao F4 do QDBIBR
Anexo XXII – Análise de regressão da HE5 relativamente à Escala completa do QDBIBR
Anexo XXIII – Análise de regressão da HE6 relativamente ao F2 do QDBIBR
Anexo XXIV – Análise de regressão da HE6 relativamente ao F3 do QDBIBR
Anexo XXV – Análise de regressão da HE7 relativamente ao F1 do QDBIBR
Anexo XXVI – Análise de regressão da HE7 relativamente ao F2 do QDBIBR
Anexo XXVII – Análise de regressão da HE7 relativamente ao F3 do QDBIBR
Anexo XXVIII – Análise de regressão da HE7 relativamente ao F4 do QDBIBR
Anexo XXIX – Análise de regressão da HE7 relativamente à Escala completa do QDBIBR
Anexo XXX – Análise de regressão da HE8 relativamente ao F1 do QDBIBR

Anexo XXXI – Análise de regressão da HE8 relativamente ao F2 do QDBIBR

Anexo XXXII – Análise de regressão da HE8 relativamente ao F3 do QDBIBR

Anexo XXXIII – Análise de regressão da HE8 relativamente ao F4 do QDBIBR

Anexo XXXIV – Análise de regressão da HE8 relativamente à Escala completa do QDBIBR

1. Enquadramento teórico

1.1. A transição para a parentalidade e o período de gestação

De acordo com a literatura existente acerca do tema, a gravidez é um evento complexo, podendo ser considerada um período de crise, dado que, por vezes, acaba por criar um certo desequilíbrio entre experiências positivas e negativas (o que justificaria a existência de sentimentos opostos entre si). Esta vivência conduz a transformações e adaptações contínuas a vários níveis: a nível físico (no que diz respeito à aparência e à imagem do corpo); a nível fisiológico (hormonal); a nível psicológico (relativamente à reactivação de sentimentos antigos de incapacidade ou de insucesso, à angústia de separação, ao relacionamento com os pais e às dificuldades edipianas); e a nível familiar (o que culmina na parentalidade, dizendo também respeito à família alargada, às transformações das posições intergeracionais e à reestruturação do relacionamento interindividual) (Coelho, 2009).

Deste modo, e uma vez que constitui uma experiência onde abundam inúmeros sentimentos intensos, e por vezes ambivalentes, abrem-se as portas para a vida inconsciente da mãe. Diversos autores afirmam que a relação que a mãe estabelece com o seu filho se origina neste período de gestação e serve de base para a relação posterior mãe-bebé, que se desenvolverá após o nascimento e no decorrer do desenvolvimento e crescimento da criança (Brazelton & Cramer, 1989).

Numa aproximação mais íntima e profunda ao seu mundo interno, os processos inconscientes da mulher que se encontra grávida estão mais a descoberto, existindo uma maior sensibilidade em relação aos mesmos, quando comparados com outros períodos da sua vida.

A gravidez, correspondente ao período entre a concepção e o parto, decorre durante aproximadamente 40 semanas. A mulher, ao longo deste tempo, fica particularmente atenta às transformações da sua imagem corporal, bem como aos mínimos indícios de mudança que se passam dentro dela. De acordo com Leal (2005), este período corresponde à confirmação da sua identidade sexual como mulher, seja de modo mais ou menos inconsciente.

Seguidamente, irá fazer-se uma abordagem que visa o acompanhamento dos trimestres que constituem este período bem como os aspectos fundamentais e as principais mudanças que caracterizam cada um deles.

1.1.1. 1º Trimestre

Relativamente ao primeiro trimestre, a mulher grávida confirma o seu novo estado a partir das alterações físicas que começam a ocorrer. Como o bebé, nesta fase, não existe como um ser separado e não obriga ainda a muita atenção por parte da grávida, esta, por sua vez, centra-se e concentra-se apenas no que lhe está a suceder (Colman & Colman, 1994).

Assim, a primeira transformação a ser elaborada diz respeito à aceitação de um ser estranho dentro de si, seguida da correspondente modificação corporal, onde o incómodo físico começa por fazer-se notar ao atingir um determinado volume. Neste trimestre, são comuns sentimentos de felicidade, de ambivalência, de estranheza e de insegurança, podendo também originar-se alguns transtornos quando a elaboração e aceitação da nova imagem não se verifica. Esta “labilidade emocional” pode decorrer da responsabilidade sentida pela mulher grávida, bem como de um conjunto de aprendizagens ao qual vai ser submetida, o que poderá aumentar a sensibilidade e a irritabilidade da mesma (Maldonado, 1991). Desta forma, pode dizer-se que todas as gravidezes produzem uma sensação de maior ou menor conflito.

Segundo Bayle (2005), este conjunto de sentimentos também se relaciona com o facto de os fantasmas edipianos serem reactivados com a gravidez, podendo originar angústias, e com o receio da mulher grávida poder vir a ter um bebé imperfeito. A perda que se instala na mãe devido ao diagnóstico de malformação de um filho conduz a uma ‘ferida narcísica’, tendo um impacto directo na sua auto-estima, na medida em que o bebé é considerado como sendo uma parte sua (Marques, 1995).

Como também já referido, e em circunstâncias óptimas, este primeiro trimestre pode constituir um período de alegria e felicidade, sendo que a grávida escolhe partilhar o seu estado apenas com as pessoas que quer, uma vez que o seu segredo ainda se encontra escondido dentro de si. Por outro lado, a escolha de avançar ou não com a gravidez também é feita neste período, onde a ambivalência tende a demorar-se no caso de a gravidez ter ocorrido por acaso.

No final deste trimestre (término do terceiro mês ou início do quarto), a mulher grávida procede a uma avaliação respeitante ao tipo de relacionamento que teve com a sua mãe, muitas vezes caracterizada pelos seus sonhos, o incremento de telefonemas ou ainda de visitas (Colman & Colman, 1994).

1.1.2. 2º Trimestre

O segundo trimestre (do quarto ao sexto mês) caracteriza-se por um período de repouso ou uma fase emocionalmente mais estável (Justo, Bacelar-Nicolau, & Dias, 1999), verificando-se a supressão do estado desconfortável, dos enjoos, de outros sintomas físicos incómodos e do risco de aborto, o que aumenta o sentimento de confiança na sua gravidez por parte da mulher.

Ao contrário do trimestre anterior, a mulher grávida transfere as suas preocupações da figura maternal para outras pessoas mais próximas, como é o caso do seu companheiro, aumentando a dependência face ao mesmo. O receio sentido de não conseguir lidar com todas as alterações por que está a passar, leva-a a necessitar de alguém que tome conta dela, carecendo de afecto, carinho e atenção (Camarneiro, 2011).

Os primeiros sinais por parte do bebé manifestam-se nesta fase e surge o sentimento inicial de diferenciação entre os dois seres. Os “pontapés” sentidos constituem também uma forma de gratificação pelo mal-estar passado durante os primeiros meses e comumente ilustram e contribuem para a fantasia acerca da personalidade do bebé. Assim, o bebé pode ser imaginado como carinhoso se os movimentos forem percebidos como suaves, ou agressivo se percebidos com impressão de sobressalto e temor (Cruz, 1990). Segundo Colman e Colman (1994), “ela pode começar a ficar silenciosa e introspectiva, prestando atenção a cada borbulhar, interpretando-o como movimento, quase com medo de esperar que o sentimento de agitação seja, realmente, uma vida separada dentro dela”. Por outro lado, estes movimentos são indicadores de bem-estar, podendo contribuir para a redução de nascimentos de nados-mortos. No entanto, no caso de não se verificar, tal pode induzir ansiedade na mãe, intensificando o seu estado de atenção e alerta (Camarneiro, 2011).

Quando a gravidez não foi planeada ou não é ainda permitido à mulher conceptualizar o que lhe está a acontecer ou aceitar a sua nova realidade, a visão do feto a mexer-se no ecrã possibilita e facilita o acreditar na sua gravidez psicológica. “A ecografia é assim tranquilizadora, trazendo à mulher grávida condições de incorporar o seu bebé e ver que está grávida desde os primeiros meses – o referido sentimento de concretização” (Coelho, 2009).

Apesar do batimento cardíaco do feto ser o primeiro indicador da diferença durante a auscultação médica da gravidez, são os movimentos fetais espontâneos ou os que visam responder à estimulação que denunciam o novo ser.

Diversos autores defendem que a ultra-sonografia permite à mulher grávida uma maior identificação ao seu papel de mãe, bem como a percepção do feto como mais real e próximo, aumentando os seus sentimentos maternos (Caccia, Johnson, Robinson, & Barna, 1991). Estudos indicam que a ultra-sonografia tem influência na representação do bebé imaginário e do bebé real, nomeadamente no reforço da auto-estima da gestante, na ampliação da sua actividade imaginativa (advinda do recurso visual e sonoro); na possibilidade de um espaço dialéctico para a gestante lidar com a sua ambivalência, aproximação/distanciamento entre o filho imaginário e o filho real (Grigoletti, 2005). Deste modo, por um lado, é facilitador no processo de transição para a parentalidade e, por outro, intensifica a união pré-natal entre mãe e filho (Gomes, 2003; Laxton-Kane & Slade, 2002). Relativamente a esta última, Condon (1993) desenvolveu um modelo, apontando os principais indicadores desta união, entre os quais se encontram o desejo de conhecer o feto, o prazer na interacção com o mesmo e o desejo de proteger o bebé que ainda não nasceu e conhecer as suas necessidades. É bem patente a opinião de Biscaia (1995) referente à formação desta relação inicial nos primeiros momentos:

“Os apertos, as carícias, os sons, as vozes, as músicas, e mesmo o esfumar da luz que ultrapassa o baço, do líquido, das membranas, dos músculos que o rodeiam, são os formadores das primeiras sensações, fios condutores de uma relação. (...) Lentamente, o sonho adquire contornos nítidos, desenha os membros, o sexo e os olhos cor da esperança. (...) E assim, o filho, mesmo antes do primeiro grito perante o mundo, vai iniciando o ensino da relação interpessoal. Aquela que não existe sem que se faça a passagem do imaginário ao real. A que fará ultrapassar a ideia do outro como simples projecção de si” (Biscaia, 1995).

No que diz respeito às modificações corporais relativas a este período, estudos efectuados demonstraram insatisfação e preocupação por parte de algumas gestantes, decorrentes da perda de um corpo que simbolizava uma condição única de mulher

independente e desejada (Maldonado, 1991), podendo haver dificuldades na relação com o companheiro, principalmente em termos sexuais.

Por outro lado, o corpo, anteriormente familiar, torna-se agora estranho (Raphael-Leff, 2005), observando-se modificações ao nível da função de algumas partes. De acordo com este autor “a vagina que antes era um portão para o seu corpo, é agora uma passagem, um corredor entre o útero e o mundo; e o seio, visto anteriormente como um símbolo de virilidade passa a ser um símbolo de maternidade, fonte de alimento para o bebé”. No entanto, a insatisfação e preocupação por vezes sentidas não são gerais e, para algumas mulheres, estas modificações corporais podem ser vivenciadas com bastante orgulho e felicidade pelo seu corpo grávido (Camarneiro, 2011; Piccinini, Gomes, Nardi, & Lopes, 2008).

Enquanto no corpo da mulher se dá o crescimento físico do feto, no seu psiquismo a ideia de ser mãe e a estruturação da imagem mental do bebé vão-se formando, correspondendo à vinculação pré-natal. Assim, pode verificar-se a ocorrência de três gestações ao mesmo tempo: o desenvolvimento físico do feto no útero, uma atitude de mãe no psiquismo materno e a formação do bebé imaginado na sua mente (Stern, 1998).

1.1.3. 3º Trimestre

Por sua vez, o terceiro trimestre caracteriza-se por desejos contraditórios, como receio do parto e das suas consequências, de dificuldades de adaptação com o nascimento, desejo de encontro com o bebé real (coincidente ou não com o imaginário), e ambivalência relativamente ao ficar com o bebé e persistir com a sensação de “barriga cheia” ou dar à luz e retomar aos poucos o seu estado corporal anterior (Bayle, 2005). No entanto, nesta fase, a realidade da gravidez é incontornável. Segundo Colman e Colman (1994), os sentimentos negativos experienciados pela mulher grávida podem camuflar-se através do desconforto físico e de expectativas desagradáveis da experiência do parto.

Neste período, as dificuldades relativas à rotina diária começam a ser mais incomodativas. Estudos revelam que todas estas mudanças causam mais impacto nas gestantes primíparas, apesar de as múltíparas também as viverem com intensidade (Maldonado, 1991). Assim, para as primíparas, este último trimestre pode caracterizar-se por algum grau de frustração respeitante à sua condição física e aos aspectos

relacionados com o trabalho (pois não estão seguras de possuir a energia necessária para retomar o mesmo) (Coelho, 2009). No decorrer dos últimos meses, observa-se a atribuição de fantasias intensamente dirigidas à caracterização do filho e a mulher grávida sonha e fala continuamente com o seu bebé, atribuindo-lhe certas características físicas e psicológicas próprias, assumindo-o como uma pessoa real, possuidora da sua identidade (Colman & Colman, 1994).

A data do parto vem preparar a futura mãe para a separação e para a descoberta da criança na sua realidade (Bayle, 2005).

1.1.4. O parto

Segundo Borsa (2007), o nascimento do bebé constitui uma fase vulnerável em termos emocionais por todas as alterações intra e interpessoais que o parto origina. Deste modo, a imagem idealizada do bebé é quebrada, tornando-se o mesmo independente da mãe, e toda a atenção e afecto disponibilizados à última até então são transferidos para o novo ser.

No que diz respeito à conjugalidade, as denominações ‘homem’ e ‘mulher’ passam a ser substituídas pelas de ‘pai’ e de ‘mãe’, alterando não só as dinâmicas individuais como também a própria relação conjugal. Autores como Carter e McGoldrick (1994) afirmam que as mudanças a que esta transição obriga exigem uma transformação e adaptação dos padrões anteriores da interacção conjugal.

Segundo Kitzinger (1978), o parto constitui um processo social, uma vez que a relação entre os membros do casal é afectada, assim como estabelece o caminho para a redefinição da identidade da mulher que passa a assumir o papel de mãe. “Os nove meses de gestação representam não apenas um tempo para maturidade física mas, para além disso, um tempo para construção dos lugares: lugar-pai, lugar-mãe e lugar-filho” (Netto & Duarte, 2010).

1.1.5. A identidade materna

As concepções de “identidade materna” e “aquisição do papel materno” foram introduzidas por Rubin (1984) e relacionadas com o facto de a mulher dar à luz o filho, sendo a gravidez um momento de preparação e transição da mulher para mãe no contexto psicossocial. De acordo com a autora, o núcleo da identidade materna prende-se com a relação e influência recíproca entre os conceitos eu-mãe e tu-filho, e as suas

correspondentes imagens idealizadas. No entanto, no período pós-parto, a imagem idealizada do relacionamento entre si e o filho dá origem a uma realidade concreta, mudança essa necessária também à construção da identidade materna. Sendo assim, esta última implica a estruturação de um relacionamento baseado num processo de vinculação. A autora refere ainda que “há uma imagem da maternidade inculcada na mentalidade dos indivíduos do grupo social em geral e, portanto, também na da mulher que vivencia o processo gravídico-puerperal”, sendo que a aprendizagem e aquisição do papel materno abrangem representações culturalmente definidas.

Contudo, na maior parte dos casos, existe também o conhecimento de um modelo próprio de ser mãe, que nos é familiar - o respectivo adoptado pela pessoa que preencheu a função maternal relativamente a nós. Assim, se houver um processo de identificação com este modelo, o funcionamento e as dinâmicas maternas tenderão a ser reproduzidos de forma análoga ao modo de cuidar recebido (Kimura, 1997).

É de considerável importância fazer algumas distinções entre gravidez e maternidade, já que ambas podem ser planeadas mas não desejadas e vice-versa. Deste modo, segundo Bayle (2005) a primeira é uma experiência corporal, de investimento na imagem da própria gestante, limitada no tempo e que ocorre no interior da mulher; enquanto na segunda a mãe lida com a sua personalidade, a sua história de vida, o romance do casal e o seu passado intergeracional, consistindo num processo único a longo prazo.

Sendo o desejo de engravidar independente do desejo de ter uma criança (que nos remete quer para factores conscientes, como o desejo de garantir a própria continuidade e de se auto-duplicar, quer para outros inconscientes), a maternidade não passa necessariamente por uma gravidez, como também desejar um filho não implica forçosamente ter desejos de maternidade (Leal, 1992). Para Lebovici (1983), “o desejo de ser mãe não se inicia quando a mulher resolve engravidar, mas está presente desde a mais tenra idade”, considerando-o uma pulsão universal. Assim, verifica-se que o bebé se constitui no inconsciente da sua mãe desde a infância. De acordo com as ideias de Stern (1998), as crianças têm uma identidade de género minimamente definida por volta dos dois anos e meio de idade e é desde essa altura que começam a fantasiar sobre o ter filhos, sendo que as representações ligadas à maternidade emergem a partir dessa idade e, com o crescimento, vão-se definindo de forma mais concreta.

Os aspectos culturais e transgeracionais também têm aqui a sua influência, nomeadamente relacionados ao que é esperado de uma mulher, quer no seio de uma família, quer na sociedade.

1.1.6. A organização psíquica da maternidade

Relativamente à organização intrapsíquica de ordem inconsciente característica da maternidade, Dayan (1999) sugere dois aspectos principais: A) a perda da infância, do objecto materno, do bebé imaginário; e B) a actualização dos afectos, representações e traumas infantis experimentados ao longo da gravidez e do parto, que transportam o reviver de angústias e conflitos da infância.

Podemos então observar que durante este período, a mulher grávida apresenta uma organização psicológica particular, havendo maior permeabilidade a mudanças tanto externas como internas – período a que foi chamado *transparência psíquica* (Bydlowsky, 1995). Para o autor, “a gestação feminina corresponde ao momento privilegiado de uma transparência psíquica em que as reminiscências do passado e os fantasmas geralmente mantidos secretos vêm facilmente à memória, sem serem barrados pela censura diária” (Bydlowsky, 2000).

O conceito de Winnicott (1958/2000) de “preocupação materna primária” é ilustrador desta concepção, pois prende-se com a importância da atenção dedicada pela mãe ao seu bebé, em que o estado psíquico atingido pela primeira permite a devolução de um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento das potencialidades inatas do bebé, elemento fundamental no processo de vínculo.

1.1.7. O relacionamento com as figuras parentais

A transição para a maternidade pressupõe, por um lado, que haja identificação e reconciliação da futura mãe com a sua própria mãe e, por outro, a privação desta última de fecundidade, remetendo-a para outra geração. Segundo Bayle (2005), a manifestação de desejos de morte inconscientes são comuns, principalmente se se mantém na actualidade a rivalidade com a mãe.

A futura mãe vê-se confrontada com o reviver de alguns aspectos da sua infância, nomeadamente os afectos e as relações precoces, concluindo-se que os sentimentos relativos à sua progenitora poderão influenciar o seu desejo de engravidar e a relação que estabelece com o bebé (Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin, &

Sherman, 1989). Assim, quanto mais fácil e recíproca for vivida a relação entre a criança e os pais, sendo a representação parental idealizada, com mais facilidade se reactivam estes mecanismos de identificação (Lebovici, 1995).

Também Brazelton e Cramer (1992) redigem sobre o tema, defendendo que “a gravidez de uma mulher reflecte toda a sua vida anterior à concepção, as suas experiências com os próprios pais, a sua vivência do triângulo edipiano, as forças que levaram a adaptar-se com maior ou menor sucesso a essa situação e, finalmente, a separar-se dos seus pais”, influenciando a sua adaptação ao novo papel.

Outros autores afirmam ainda que todos os pais, em algum momento da interacção com o bebé, têm a experiência de ouvir a voz da sua própria mãe ou do seu próprio pai, e imaginam as suas respostas às necessidades do bebé como repetições de respostas da sua mãe (Slade & Cohen, 1996). Os dados da investigação de Carvalho (2011) sugerem que a retrospectiva dos cuidados maternos vivenciados pela mulher grávida, na sua infância e adolescência, parece favorecer, positivamente, o nível total de vinculação materna pré-natal e a qualidade da vinculação expressa no 3º trimestre.

Desta forma, de acordo com Bayle (2005), “recordar os seus próprios pais, com as lembranças agradáveis e desagradáveis, aceitar a invasão do passado no presente, pode levar, por vezes, a um encontro difícil com a criança. Assim, o nascimento oferece aos pais a possibilidade de reviver a sua própria história”, e de elaborar velhos conflitos de separação, impulsionando um novo momento de separação das relações simbióticas originais (Borsa, 2007).

Deste modo, de forma inconsciente, a progenitora repete a sua primeira relação, podendo constituir uma memória reconfortante e maravilhosa ou bastante difícil. Segundo Colman e Colman (1994), “ela pode ter experienciado tanto negligência como amor e, possivelmente, vai querer dar mais ao seu bebé do que aquilo que ela própria recebeu.”

No entanto, para além da identificação com a figura materna (possibilitando o reencontro com uma mãe idealizada, embora numa mudança de posições), ao entrar de novo em contacto com as experiências da sua própria vivência infantil, verifica-se também uma identificação com o filho, nomeadamente com as sensações experimentadas pelo mesmo (Kimura, 1997; Marques, 1995).

Pode, por outro lado, considerar-se o ‘ser-se mãe’ como um modo de satisfação narcísica, dado que existe “uma identificação com o poder, a autoridade, e as qualidades que a mãe imaginou ou percebeu dos seus próprios pais” (Coelho, 2009), sendo a criança um prolongamento dela própria.

De acordo com Bayle (2005), pode verificar-se que, por vezes, o bebé é desejado com o objectivo de reparação de falhas e desilusões infantis associadas aos seus próprios pais; noutros casos, pode vir preencher um vazio relacionado com a escassez de concretização de desejos pessoais. Assim, muitas vezes é considerado como um substituto de vinculações anteriores, por representar determinados ideais a alcançar.

Noutra perspectiva, segundo Kohut (1974), o bebé é “o espelho da ‘imagem grandiosa’ da mãe”, uma vez que lhe permite experienciar um sentimento de imortalidade, ao rever nele a sua imagem associada a determinados ideais, possibilitando a transmissão de tradições familiares.

No entanto, o sentimento de ambivalência pode estar presente, sendo o bebé desejado e receado, principalmente quando ocorrem identificações desvalorizantes com a figura materna, o que pode pôr em causa a auto-estima e o sentimento de incompetência para com a criança (Coelho, 2009).

1.1.8. As expectativas em relação ao bebé

Durante a maturação da gravidez, a mãe vai-se preparando progressivamente para receber a criança que imagina, sendo que são estas fantasias que marcam as primeiras ligações entre a mãe e o bebé, contribuindo para o processo de vinculação. “Existir na cabeça dos pais e no corpo da mãe é *estar antes de nascer*, é tecer as primeiras malhas da vinculação intra-uterina” (Coelho, 2009). Relativamente à comparação de uma primeira e segunda gravidez, Riazuelo (1984) defende que o bebé da primeira gravidez influencia as representações da segunda criança, em função da sua adequação ou não ao bebé imaginado da primeira vez. Carvalho (2011) refere que quanto mais experiência de maternidade existir anteriormente, mais investida e evoluída é a imagem do bebé imaginário.

Raphael-Leff (2005) e Maldonado (1991) defendem que as expectativas - originadas no mundo interno da mãe de acordo com as suas vivências anteriores e com as necessidades percebidas do bebé - constituem a base desta relação, contrariamente a outras relações de intimidade, dado o carácter invisível dos indivíduos.

Todavia, estas expectativas podem ter, por um lado, um impacto positivo e, por outro, um negativo, para a relação de dualidade. Assim, relativamente ao primeiro aspecto, existe sobretudo a necessidade de investimento do bebé através dos desejos e das fantasias da mãe a fim de poder começar a surgir como indivíduo, sendo que quanto mais investido for, mais próxima a relação é percebida pela mãe (Raphael-Leff, 2005). O segundo ponto prende-se com o facto de o bebé não conseguir assumir a sua própria identidade, devido à não aceitação da mãe das suas características (Brazelton & Cramer, 1992); do não investimento no bebé, com receio da realidade; e da atribuição exclusiva de expectativas de insucesso e de morte, manifestadas principalmente por meio de pensamentos e sensações (Raphael-Leff, 2005).

As principais expectativas prendem-se maioritariamente com o sexo do bebé, o seu nome, a forma de se movimentar no útero e as suas características psicológicas. Relativamente ao primeiro, o sexo possibilita a atribuição de uma denominação mais específica, tornar o bebé menos desconhecido, bem como facilitar o confronto com o bebé real (Brazelton & Cramer, 1992). Por outro lado, se o desejo dos pais relativamente ao sexo do bebé não equivaler à realidade, verifica-se neste momento a oportunidade de começar a elaboração deste luto (Szejer & Stewart, 1997). No que diz respeito à escolha do nome, Raphael-Leff (2001) aponta principalmente o facto de as conversas com o bebé poderem ficar com um carácter mais personalizado, tendo uma determinada influência na qualidade da interacção. No estudo de Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), alguns sentimentos expressos em relação ao nome do bebé foram relacionados com características que os pais esperavam dos seus filhos no futuro. Os movimentos fetais percebidos, por sua vez, também permitem o sentimento de maior realidade por parte da mãe e a personificação do bebé. Consequentemente podem ser-lhe atribuídas determinadas características psicológicas, temperamentais, e possibilitar a compreensão de certas mensagens provenientes da interacção (Maldonado, 1991).

Assim, ela sonha com o bebé e atribui-lhe algumas qualidades, sendo esta imagem pré-existente depois confrontada com a do bebé real fruto das ecografias (Bayle, 2005), e posteriormente com a do parto, o que a permite visualizar o feto como sujeito, como alguém diferenciado dela. “Se o filho sonhado e idealizado nasce doente, o conflito entre o filho imaginário e o real é ainda mais significativo e avassalador” (Netto & Duarte, 2010).

Este confronto com a realidade pode causar reacções bastante diferentes por parte da mãe: por um lado, pode facilitar o processo de vinculação, se visto como agradável e maravilhoso; por outro, pode provocar fortes angústias, sendo também possível o aparecimento de um sentimento de “estranheza”, se não houver compatibilidade com a imagem já existente da mãe (Souza & Pedroso, 2010).

No entanto, é necessário referir que, após o nascimento, a mãe compreende o bebé como um outro indivíduo, sendo fundamental proceder-se à elaboração do luto do até então bebé imaginário a fim de se aproximar do bebé real (Borsa, 2007). Desta forma, torna-se essencial não “menosprezar a importância da ‘morte’ que ocorre paralelamente ao nascimento, pois a chegada de uma criança impõe a perda de um feto” (Colman & Colman, 1994).

1.2. O bebé imaginário

Aulagnier (1990) menciona que se deveriam ter em conta dois níveis durante a gestação: o biológico (respeitante à transformação progressiva da célula para originar um ser humano), e o da relação de objecto (onde se caracterizaria esta célula de acordo com o corpo imaginado com o qual a mãe tende a fantasiar a criança).

Com o desenvolvimento da gravidez, a mãe vai-se preparando progressivamente para entrar em contacto com o bebé que está para nascer (Stern, 1998), sendo a antevisão do parto e do nascimento fruto da própria experiência vivencial (Szejer & Stewart, 1997). O feto, durante esta ligação imaginária, não é encarado como tal. Pelo contrário, é visto como um “bebé com um corpo completo e unificado”, sendo a libido materna depositada nessa imagem, o que permite à mãe reconhecê-lo como um outro diferente dela (Aulagnier, 1994). Este mesmo autor recorda que este processo de imaginar o bebé é de extrema relevância desde os primeiros momentos da gestação, pois é o que fará com que o feto passe a criança e se insira no mundo simbólico dos pais. Theran, Levendosky, Bogat e Huth-Bocks (2005) também afirmam que as mulheres que possuem expectativas mais positivas relativamente ao seu bebé durante a gravidez têm a capacidade de “gerar” essa experiência, o que se traduz nos seus comportamentos de cuidados mais sensíveis.

Haveria, então, três bebés diferentes na mente materna. O primeiro, o bebé fantasmático, entendido como o mais inconsciente, seria o resultado da vivência infantil

da mãe, o qual acompanharia os seus desejos, sendo influenciado pela transmissão transgeracional. De acordo com a sua história edípica, representa e relaciona-se com o desejo de ter tido um filho do seu pai, reprimido aquando da dissolução do Complexo de Édipo (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007). Relativamente ao segundo, o bebé imaginário, a construção desta criança é feita durante a gestação, sendo fruto do desejo e dos sonhos dos pais, como já referido. Ao contrário da anterior, corresponde ao sistema pré-consciente, exprimindo-se sem dificuldade em palavras. Por fim, o bebé real seria o verdadeiro bebé, o qual a mãe pega e embala nos seus braços no dia do nascimento (Lebovici, 1983; Souza & Pedroso, 2011).

Stern (1997) refere a existência de uma relação independente entre o crescimento do feto e o desenvolvimento da representação do bebé (imaginário). Desta forma, haveria uma intensificação no processo de representação do bebé imaginário por volta do quarto mês, quando o risco de abortos espontâneos é significativamente inferior e existe maior probabilidade de a gravidez ser levada até ao fim. É nesta altura que, devido às técnicas de ultra-sonografia e aos movimentos fetais percebidos (que vão propiciando cada vez mais dados para ajudar na elaboração das características do bebé), a experiência da realidade do feto contrasta com a imagem prévia já estabelecida do mesmo. Até ao sétimo mês, aproximadamente, as representações do bebé imaginário atingiriam o seu limite e ficariam bem delimitadas na mente materna. Apenas numa fase mais próxima do final da gravidez, entre o oitavo e o nono mês, ocorreria uma escassez ou anulação relativas a este processo imaginativo, devido à necessidade de preparação por parte da mãe para o bebé real e à preservação da discordância entre o último e o previamente imaginado.

Deste modo, é através do bebé imaginário que se estabelece uma relação entre a mãe e o seu filho logo durante o período de gestação (Brazelton & Cramer, 1992), onde, aos poucos, a primeira vai atribuindo características e qualidades ao feto, a fim de não se deparar com um ser totalmente estranho após o nascimento. A contribuir para este processo de aproximação e personificação encontram-se factores como a escolha do nome, as roupas, e a modificação da casa (Netto & Duarte, 2010), bem como interpretações relativas à sua personalidade, derivadas da experiência dos movimentos fetais. Tudo isto contribui para a integração do bebé no seio da família.

Deste modo, o processo de imaginar um bebé é fundamental quer para a mãe, quer para o próprio bebé, uma vez que o ser humano não nasce com um eu já constituído – este estabelece-se na relação com os outros (Freud, 1911/1968).

O investimento que se verifica, segundo Bydlowsky (2000), é de ordem narcísica, sendo comum neste período as grávidas se sentirem mais vulneráveis relativamente a aspectos relacionados com a sua condição actual, bem como quebrarem barreiras que lhes permita entrar em contacto com acontecimentos da sua história vivencial aparentemente esquecidos. De acordo com esta reflexão, pode verificar-se que a gravidez é um período favorecido no que diz respeito à reparação de neuroses infantis (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007), tendo o bebé muitas vezes um papel reparador.

É defendido que a origem do bebé imaginário se observa em vários instantes da vida psíquica da mulher grávida (Aulagnier, 1994; Bydlowsky, 2000), sendo ele que sustenta os seus sonhos ao invés do feto (que é assim personificado) e para o qual a libido da mãe é transferida.

Conceber um corpo para o futuro bebé permite-lhe investi-lo enquanto separado de si. Embora dependente da mãe, o bebé imaginário não é meramente um prolongamento do seu corpo; é o que lhe possibilita antever que ele se inscreve “na mesma ordem humana da qual ela faz parte, sendo regido pelas mesmas leis que a regem” (Aulagnier, 1990, 1994). É também o que facilita o contacto com o bebé real e é a personificação das fantasias e dos desejos da mãe relacionados com o seu próprio narcisismo, tornando-o um ser com uma determinada história específica (o que se relaciona com a construção do objecto – para a mãe – e de um eu – para o bebé). Deste modo, vai-se verificando a atribuição de características ao feto, ao longo do período de gestação, sendo esse simulacro mais ou menos confirmado posteriormente.

No entanto, “a chegada de um bebé nunca corresponde completamente àquilo que a mãe esperava” (Mannoni, 1964/1981), e, apesar de esta necessitar de preservar algumas das características que lhe foi atribuindo, terá que reestruturá-las consoante as apresentadas pelo bebé na realidade. Caso contrário, se, por exemplo, o bebé imaginário predominar, poderá surgir incompatibilidade por parte da mãe relativamente às suas iniciativas, originando conflitos e adversidades entre ambos. Assim, a interacção mãe-bebé baseia-se e constrói-se a partir desta reestruturação. Neste processo é fundamental haver um espaço deixado para o imprevisível, dado que é nele que o bebé irá emergir como um sujeito diferente da mãe. No caso de tal não se verificar, torna-se provável o

surgimento de psicopatologias precoces (Coelho, 2009; Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007). “Confusas, e por vezes desesperadas, algumas mulheres dizem-se “vazias” e verbalizam medos de não saber cuidar do seu bebé, de não o perceber, o que pode levar a comportamentos inadequados e sentimentos de incapacidade, de frustração e culpa por não demonstrarem amor suficiente ao recém-nascido, aparecendo com frequência as depressões reactivas” (Cruz, 1990).

1.3. A interacção mãe-bebé

Os estudos das interacções entre o bebé e as pessoas que o rodeiam, sejam a mãe, o pai, os irmãos ou outras pessoas significativas, resultam da convergência de múltiplos pontos de vista. No entanto, as teorias psicanalíticas deram especial ênfase às primeiras relações da criança, nomeadamente com a mãe, cuja vivência teria um impacto bastante significativo no seu desenvolvimento, uma vez que constituiriam um protótipo a partir do qual a criança construiria as suas relações ulteriores (Wendland, 2001).

Assim, a qualidade desta interacção é referida em vários estudos como um mecanismo fundamental de desenvolvimento cognitivo, da qual é dependente o desenvolvimento sócio-linguístico e a comunicação infantil (Carpenter, Nagell, & Tomasello, 1998).

De acordo com Winnicott (1958/2000), um bebé não existe sozinho, dado que a unidade básica consiste nele e na sua mãe, e de forma mais geral, com o mundo, sendo a importância das relações interpessoais amplamente enfatizada através do conceito de relação de objecto. Deste modo, é necessário que o bebé se construa na relação com alguém que vá dando significado aos seus actos, permitindo-lhe ter consciência da realidade e adquirir a noção de eu (Gianlupi, 2003).

O termo “*bonding*”, definido por Klaus e Kennell (1976), ilustra a “relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé”. Esta relação é estabelecida logo desde os primeiros contactos após o parto, num período denominado sensível (durante o qual a mãe se encontra particularmente responsiva para com o bebé), e facilitada pelo ajustamento do sistema hormonal da mesma. Refere-se então ao investimento emocional do bebé, composto de experiências repetidas e prazerosas.

Os momentos iniciais de interacção entre a mãe e o bebé, nomeadamente os três primeiros meses designados por puerpério, são cruciais para formação e consolidação do vínculo entre a díade, para a qualidade dos cuidados maternos e imprescindíveis ao desenvolvimento e bem-estar consequentes do bebé (Borsa, 2007; Figueiredo, 2003), sendo a sua importância maior na infância do que nos períodos posteriores. Outros autores também mencionam o facto de a atitude emocional da mãe conferir qualidade de vida à experiência do bebé e organizar assim a sua vida psíquica (Spitz, 1981).

Segundo George e Solomon (1999), os sistemas de vinculação materna e do bebé evoluem numa interacção constante, tendo a função adaptativa de proporcionar a protecção e sobrevivência do último. De acordo com estas ideias, é de extrema relevância a compreensão dos momentos iniciais que originarão a constituição do vínculo mãe-bebé.

Para se propiciar o crescimento e desenvolvimento emocional do último, é necessário que este seja amado, compreendido e reconhecido pelos seus pais, ideia já defendida por Spitz (1981) ao dar especial relevância aos sentimentos da mãe em relação ao seu bebé. Como já foi referido, são os desejos e as fantasias emergentes durante o período da gravidez que conferem um grande impacto no futuro do bebé, sendo possível afirmar que todo o ser humano tem uma origem comum: nasce no interior psíquico - complexo e diversificado - da sua mãe (Coelho, 2009).

O termo interacção, como o nome indica, pode ser definido como a reciprocidade entre dois fenómenos. Numa primeira abordagem, o bebé era considerado como não tendo capacidades comunicativas, cingindo-se às acções motoras e de sobrevivência, nomeadamente a alimentação, o sono e o choro, o que proporcionava o seu isolamento (Spitz, 1981). No entanto, estudos mais recentes indicam que a resposta por parte do bebé aos estímulos externos está presente desde o útero (Mazet & Stoleru, 2003). No que diz respeito aos recém-nascidos, relativamente à capacidade visual, é possível verificar que conseguem seguir visualmente um objecto que lhes pareça interessante ou lhes capte a atenção, como é o caso dos rostos humanos (Mazet & Stoleru, 2003). No que diz respeito à capacidade auditiva, através do movimento do rosto na sua direcção ou do cessar do choro, confirmou-se a preferência por determinados sons, nomeadamente a voz materna, paterna e dos irmãos (Klaus & Klaus, 1989).

Estes novos conhecimentos têm um impacto bastante relevante no modo como as mães interagem com os bebês, não só aumentando a sua estimulação como também atribuindo outro significado aos seus comportamentos. Relativamente às capacidades sensoriais do recém-nascido, Pinho (2009) afirma que o conhecimento das mesmas por parte das mães lhes permite satisfazer adequadamente as necessidades do bebê, interpretar e responder aos estímulos emitidos por este, contribuindo igualmente para o fortalecimento da relação afectiva entre mãe-filho, uma vez que a mãe se sente mais segura e melhor preparada para desempenhar o seu papel de mãe. Kiel e Buss (2010) referem que os sintomas internalizados de maternidade e as dimensões parentais contribuem para a percepção materna dos comportamentos do bebê. A constituição desta relação é, assim, um processo bi-direccional, onde o bebê não é somente passivo e submetido às influências do ambiente, mas é também um ser activo que modifica o seu meio, sendo a mãe a principal responsável pela interpretação das suas necessidades físicas e psíquicas (Cramer, 1987).

A ligação afectiva entre a mãe e o bebê vai-se estabelecendo progressivamente, não acontecendo logo num primeiro contacto (Stern, 1998). Num estudo levado a cabo pela autora, verificou-se que as mães que constituíam a amostra afirmaram que “a sua afeição pelo bebê demorou alguns dias a instaurar-se, sobretudo nos casos em que o parto fora muito difícil ou doloroso”. Esta ideia foi defendida por Lyons (1998) quando afirmou que a dor sentida durante o parto interferiu, após o mesmo, não só no estado emocional da mãe mas também na capacidade para ela se ligar de forma afectiva ao bebê. Também uma atitude conflituosa durante a gravidez pode originar grandes dificuldades ao nível dos cuidados maternos para com o bebê depois do nascimento e constituir riscos para a interacção entre a mãe e o recém-nascido (Ammaniti, Tambelli, & Odorisio, 2013).

Deste modo, a relação que se forma nas primeiras semanas é caracterizada pelo carácter pouco estruturado, não-verbal (dado que as palavras e as frases são substituídas, muitas vezes, por gestos, vocalizações, sorrisos, etc) e intensamente emocional. Podem originar-se assim inúmeras possibilidades de interpretações por parte da mãe, acabando por conduzir a atitudes maternas ambivalentes em relação ao bebê (Borsa, 2007). Bohlin e Hagekull (1987) afirmam esta concepção, referindo que os comportamentos das mães são afectados pelas suas percepções das características comportamentais dos seus bebês.

Por outro lado, a percepção materna do temperamento das crianças está relacionada com a qualidade da interacção mãe-bebé (Mangelsdorf, Gunnar, Kestenbaum, Lang, & Andreas, 1990). Estudos empíricos demonstram que as interacções mãe-bebé nos momentos logo após o parto resultam, por um lado, num aumento do sentimento de competência e de auto-confiança por parte das mães (Fulton, Mastergeorge, Steele & Hansen, 2012), onde o contacto corporal é precursor de consequências positivas nesta interacção; e, por outro, na diminuição de práticas parentais desajustadas, nomeadamente maus-tratos (O'Connor, Viezte, Sherrod, Sandler, & Altmeier, 1980). Por outro lado, as complicações obstétricas podem levar a que o recém-nascido tenha comportamentos mais irritáveis, constituindo dificuldades para algumas mães, que tendem a acentuar o seu comportamento também ele irritável, levando a uma trajectória de desenvolvimento desadaptado (James-Roberts & Wolke, 1989).

Apesar de alguns autores defenderem que, ao nascer, o bebé está programado para se vincular ao cuidador, é essencial que o último adopte um carácter responsivo, sensível e disponível na interacção, a fim de se desenvolver um padrão de vinculação segura (Bowlby, 1990).

Para além da disponibilidade, entre os componentes do diálogo de intenções, afectos e manifestações emocionais que se estabelecem logo no início entre a mãe e o bebé e que influenciam o desenvolvimento do mesmo, encontra-se também a adaptação da resposta da mãe.

No que diz respeito à mãe suficientemente boa, Winnicott (1965) defende que é apenas na sua presença que a criança pode iniciar o processo de desenvolvimento pessoal e real. A mãe suficientemente boa é flexível o suficiente para poder acompanhar o filho nas suas necessidades, as quais vão evoluindo à medida que ele se torna mais maturo e autónomo. Ela possui também uma sensibilidade peculiar que a leva a poder sentir como se estivesse no lugar do bebé, permitindo-lhe responder às necessidades do último, inicialmente corporais e posteriormente do ego (Winnicott, 1965).

Assim, pode concluir-se que a existência de padrões de vinculação diferentes depende da sensibilidade da mãe às necessidades do bebé, bem como da capacidade do último usar a mãe como base segura, que o permite explorar o mundo e possibilita o seu retorno no caso de se verificarem situações de perigo ou angústia (Piccinini et al., 2001). Graus elevados de negatividade por parte do bebé têm sido associados com uma

prestação de cuidados maternos insensível, podendo levar a problemas de comportamento subsequentes (Hane, Fox, Polak-Toste, Ghera, & Guner, 2006).

A sensibilidade materna permite então ao bebé a criação de um espaço para organizar as suas experiências emocionais, mas também possibilita auxílio na estruturação de futuras estratégias e intervenções por parte da mãe. O estudo de Fulton et al. (2012) revela que mães que gostam do seu papel materno e sentem que têm sucesso em responder às necessidades do bebé tendem a sentir-se mais positivas em relação às suas habilidades parentais. Segundo Bohlin e Hagekull (1987), quanto mais desejáveis forem os comportamentos maternos, mais elevados os graus de preocupação e auto-confiança maternas, e maior satisfação com o apoio obtido. Consequentemente, quanto maior o nível de preocupação e confiança maternas, mais comportamentos sociais positivos são observados na criança. De acordo com Ainsworth, Bell e Stayton (1983), uma auto-estima mais elevada por parte da mãe está relacionada com a aceitação materna e com estilos parentais mais sensíveis e menos controladores, o que por sua vez está relacionado com menos problemas comportamentais da criança. O mesmo estudo destes autores evidencia que mães com percepções consistentes, interpretações adequadas e respostas ajustadas aos comportamentos emocionais manifestados pelo bebé têm maior probabilidade de ter crianças com padrões de vinculação seguros, quando comparadas com mães que apresentam um menor grau de sensibilidade (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1983). Outras investigações têm demonstrado que as percepções maternas do temperamento da criança estão relacionadas com a qualidade do comportamento interactivo mãe-bebé (Mangelsdorf et al., 1990) e com o ajustamento social na primeira infância (Olson, Bates, & Bayles, 1989). Tais evidências indicam que as percepções maternas do temperamento das crianças podem ter uma relevância significativa para o desenvolvimento das últimas, na medida em que estas percepções afectam o comportamento materno, da díade e do bebé (Hane et al., 2006).

Assim, a capacidade antecipatória materna, que permite a interpretação de um comportamento específico e lhe atribui um determinado valor mental, consente à criança a transformação de uma competência biológica num desempenho, sendo imprescindível à formação da representação mental precoce do cuidado materno (Lebovici, 1995). É esta capacidade, construída à luz do seu inconsciente, que

possibilita à mãe desmistificar e encontrar significados na interação com o bebê, nomeadamente no que diz respeito aos choros, às caretas e aos reflexos do mesmo.

Em modo conclusivo pode afirmar-se que uma das questões relacionadas com a vivência materna pré-natal consiste na elaboração do bebê imaginário, fruto dos desejos e sonhos da mãe. Após o nascimento, surge a necessidade de transformar este bebê imaginário em bebê relacionado com a observação da comunicação do recém-nascido. De acordo com a literatura, as expectativas por parte da mãe, as suas percepções em relação ao filho e a qualidade das interações com o mesmo nos primeiros anos de vida são de fundamental importância para o desenvolvimento ulterior do bebê. No entanto, o processo de transformação entre bebê imaginário e bebê real nem sempre é fácil, existindo algumas mães que têm dificuldade em fazê-lo. As dificuldades inerentes a este processo podem acarretar consequências ao nível da relação diádica e, por esse mesmo motivo, merecem ser investigadas.

2. Objectivos e Hipóteses Gerais

O presente estudo pretende investigar se a diferença entre a representação que as mães fazem do seu bebé durante a gravidez e a representação que fazem dele após o nascimento influencia a percepção materna do comportamento do recém-nascido, bem como a confiança materna nos cuidados a ter com o mesmo. Os objectivos principais da investigação consistem na exploração da representação criada pela mãe sobre o seu bebé, decorrente da articulação entre o bebé imaginário e o bebé real, examinando as especificidades psicológicas relacionadas com o conceito de bebé imaginário; analisar de que forma a representação psicológica que a mãe faz do seu bebé influencia a percepção dos comportamentos do mesmo, e explorar de que forma esta mesma representação influencia a percepção por parte da mãe sobre as suas próprias competências maternas. É esperado que quanto mais próximas forem as concepções do bebé imaginário e do bebé real, mais fácil será a interacção da mãe com o seu filho, o que implica compreender os seus principais interesses e necessidades e responder de forma mais adequada aos mesmos. Deste modo, torna-se pertinente levantar as seguintes hipóteses gerais:

H1: A diferença entre o bebé imaginário e o bebé real no funcionamento psíquico materno influencia a percepção materna do comportamento do recém-nascido.

H2: A diferença entre o bebé imaginário e o bebé real no funcionamento psíquico materno influencia a percepção por parte da mãe sobre as suas competências relativas ao cuidar do bebé.

3. Método

3.1. Definição das Variáveis

Em H1, a variável dependente consiste na percepção materna do comportamento do recém-nascido e a variável independente na diferença entre o bebé imaginário e o bebé real no funcionamento psíquico materno.

Em H2, a variável dependente consiste na percepção por parte da mãe sobre as suas competências relativas ao cuidar do bebé e a variável independente consiste na diferença entre o bebé imaginário e o bebé real no funcionamento psíquico materno.

3.2. Operacionalização das variáveis

Os instrumentos considerados relevantes para a operacionalização das variáveis são o Questionário Sociodemográfico e Clínico, o Questionário da Diferença Bebé Imaginário/Bebé Real e as Escalas da Mãe e do Bebé (MABS - Mother And Baby Scales).

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

O questionário sociodemográfico e clínico (Anexo C), de aplicação breve, construído originalmente para este estudo, tem a finalidade de recolher algumas informações mais específicas acerca das participantes e da sua história obstétrica, encontrando-se dividido em cinco áreas: (1) dados pessoais da participante, como a idade, a nacionalidade, o número de anos de escolaridade concluídos com sucesso, a profissão, o estado civil, o número de filhos, etc; (2) dados do companheiro, abrangendo as mesmas variáveis especificadas no ponto anterior; (3) dados do casal, como o número de anos de namoro ou de união conjugal, o número de filhos e as idades; (4) história obstétrica, como o número de gravidezes anteriores, informações relativas ao facto de a gravidez ter sido desejada, planeada e vigiada, os factores de riscos, tipo de parto, preferência pelo sexo do bebé, percepção dos movimentos fetais, etc; e (5) dados do bebé, como a data de nascimento, o índice de APGAR, o peso, o comprimento, o sexo e o tipo de alimentação. Estas informações permitem descrever de forma mais adequada o tipo de população presente neste estudo, bem como ter um maior controlo relativamente à influência de variáveis estranhas nos resultados da investigação.

3.2.2. Questionário da Diferença Bebê Imaginário/Bebê Real (QDBIBR)

O questionário QDBIBR (Anexo D) foi desenvolvido por Chagas, Maltez e Miranda (2013), para o presente estudo, com o objectivo de avaliar a discrepância entre a representação materna pré-natal e a representação materna pós-natal relativamente ao bebé. O questionário, inicialmente, foi constituído por 30 itens, existindo cinco principais dimensões: alimentação (3 itens), sono (3 itens), interacção (10 itens), características do bebé (6 itens) e temperamento (8 itens). As respostas eram registadas em escalas de tipo Lickert, onde as pontuações variavam entre 0 (discordo completamente) e 5 (concordo completamente). A uma pontuação mais elevada correspondia uma maior discrepância entre as concepções de bebé imaginário e de bebé real. Os conteúdos dos itens consistiam em afirmações acerca da qualidade da alimentação e do sono, das reacções do bebé em contexto de interacção, das suas características temperamentais, entre outros, das quais se dão os exemplos “*Antes de dar à luz o meu bebé, pensava que ele iria ser mais fácil de adormecer*”, “*Quando estava grávida, pensava que o meu bebé iria brincar mais comigo do que brinca*” ou “*Antes de o meu bebé nascer, pensava que ele iria chorar mais*”.

O conjunto inicial de 30 itens do QDBIBR foi aplicado a uma amostra de 164 mães, das quais 55 eram mães adolescentes. A recolha decorreu durante os meses de Junho, Julho e Agosto na Enfermaria de Puérperas I da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e, no caso de uma parte da amostra das mães adolescentes, em instituições como a Humanus, a Ajuda de Mãe e o Vigilante.

Os dados obtidos foram submetidos a análise factorial. Neste contexto, o valor de Kaiser, Meyer e Olkin ($KMO = .855$) viabiliza a referida análise, o mesmo acontecendo com os valores do teste de Esfericidade ($Bartlett = 2226.607$, $gl = 435$, $p = .000$) bem como com os valores da Anti-Imagem ($> .5$).

Deste modo, realizou-se uma análise factorial em componentes principais, tendo-se optado por uma solução de oito factores (% de variância explicada = 66.97%) sujeita a uma rotação ortogonal *quartimax*. É relevante mencionar que apenas foram consideradas saturações factoriais acima de .50, razão pela qual foram excluídos oito itens, na medida em que não respeitavam este critério. Reteve-se, no final, um conjunto composto por 22 itens, correspondendo aos quatro primeiros factores (% de variância explicada = 47.84%). De acordo com os conteúdos dos itens, estes factores podem ser designados da seguinte forma: F1 - interacção mãe-bebé (itens 4, 6, 10, 11, 17, 20, 21,

23, 25, 26, 28 e 30); F2 – sono, tranquilidade e calma (itens 3, 5, 15 e 22); F3 – actividade do bebé (itens 1, 2 e 9) e F4 – expectativa negativa (itens 12, 13 e 18). Relativamente a estes factores, a análise da consistência interna permite concluir pela sua adequação: F1, $\alpha = .915$; F2, $\alpha = .800$; F3, $\alpha = .679$ e F4, $\alpha = .571$. Relativamente a uma quinta dimensão (escala completa – composta pelos quatro factores anteriores) detém-se ainda $\alpha = .915$.

Tabela 1. Estatística descritiva da amostra na operacionalização das variáveis F1, F2, F3, F4 e Escala Completa do QDBIBR.

Factores QDBIBR	M	DP	Mín	Máx	Simetria	Curtose
F1	16.35	14.443	0	59	.889	.135
F2	6.98	5.612	0	20	.542	-.572
F3	4.72	3.769	0	15	.431	-.448
F4	4.39	3.599	0	15	.680	.027
Esc. Completa	32.45	22.475	0	95	.699	-.122

3.2.3. Escalas da Mãe e do Bebê (MABS - Mother And Baby Scales)

Estas escalas foram originalmente construídas por Wolke e St. James-Roberts, em 1987, e recentemente adaptadas para a população portuguesa por Marques e Justo (2007) (Anexo E). O seu principal objectivo é avaliar a percepção por parte da mãe do comportamento geral do seu bebé, do comportamento do mesmo durante as refeições e o nível de confiança que a mãe possui nos cuidados a ter com ele, no período após o parto. As respostas ao questionário assentam em escalas tipo Lickert, com pontuação variável de 0 a 5 e de -3 a +3. O MABS é composto por 64 itens no total, sendo dividido em duas partes: A – O seu bebé e os seus sentimentos (43 itens) e B – Alimentar o meu bebé durante os últimos dias (21 itens). A primeira diz respeito à percepção do comportamento geral do bebé e do nível de confiança nos cuidados a ter com ele, enquanto a segunda é relativa à percepção específica nos momentos de refeição, do comportamento do bebé e do seu nível de confiança para o alimentar de forma eficaz. Existem duas principais subescalas: as de percepção do comportamento do bebé (“Unsettled-Irregular” / Instabilidade-Irregularidade (UI) – 15 itens -, “Irritable during Feeds” / Irritabilidade durante as refeições (IDF) – 8 itens -, “Alertness-Responsiveness” / Alerta-Responsividade (A) – 8 itens -, “Alertness during Feeds” / Alerta durante as refeições (ADF) – 5 itens -, “Easiness” / Facilidade (E) – 4 itens) e as

de confiança materna (“Lack of Confidence in Caretaking” / Falta de confiança para cuidar (LCC) – 13 itens -, “Lack of Confidence in Feeding” / Falta de confiança para alimentar (LCF) – 8 itens -, “Global Confidence” / Confiança global (GC) – 3 itens). Relativamente à consistência interna, temos os seguintes valores: A, $\alpha = .74$; UI, $\alpha = .84$; LCC, $\alpha = .86$; E, $\alpha = .71$; GC, $\alpha = .76$; ADF, $\alpha = .61$; IDF, $\alpha = .82$ e LCF, $\alpha = .84$.

Tabela 2. Estatística descritiva da amostra na operacionalização das variáveis UI, IDF, A, ADF, E, LCC, LCF e GC da MABS.

Subescalas MABS	M	DP	Min	Máx	Simetria	Curtose
UI	29.34	13.344	1	63	.115	-.389
IDF	11.29	7.431	0	32	.553	-.230
A	24.57	7.837	9	38	-.142	-1.088
ADF	13.19	5.214	0	25	-.198	-.158
E	15.58	4.455	3	21	-1.035	.337
LCC	19.22	10.539	0	48	.514	-.029
LCF	11.25	6.796	0	25	.111	-.817
GC	15.03	3.911	3	21	-.718	.497

3.3. Hipóteses Específicas

Hipótese específica 1 (HE1) – A diferença entre o bebê imaginário e o bebê real no funcionamento psíquico materno dá um contributo significativo para a explicação da variância da percepção materna relativa à instabilidade/irregularidade do bebê.

Hipótese específica 2 (HE2) – A diferença entre o bebê imaginário e o bebê real no funcionamento psíquico materno dá um contributo significativo para a explicação da variância da percepção materna relativa à irritabilidade do bebê durante as refeições.

Hipótese específica 3 (HE3) – A diferença entre o bebê imaginário e o bebê real no funcionamento psíquico materno dá um contributo significativo para a explicação da variância da percepção materna relativa ao estado de alerta/responsividade do bebê.

Hipótese específica 4 (HE4) – A diferença entre o bebê imaginário e o bebê real no funcionamento psíquico materno dá um contributo significativo para a explicação da variância da percepção materna relativa ao estado de alerta do bebê durante as refeições.

Hipótese específica 5 (HE5) – A diferença entre o bebê imaginário e o bebê real no funcionamento psíquico materno dá um contributo significativo para a explicação da variância da percepção materna relativa ao bebê enquanto fácil.

Hipótese específica 6 (HE6) – A diferença entre o bebê imaginário e o bebê real no funcionamento psíquico materno dá um contributo significativo para a explicação da variância da percepção materna relativa à falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebê.

Hipótese específica 7 (HE7) – A diferença entre o bebê imaginário e o bebê real no funcionamento psíquico materno dá um contributo significativo para a explicação da variância da percepção materna relativa à falta de confiança para alimentar o bebê.

Hipótese específica 8 (HE8) – A diferença entre o bebê imaginário e o bebê real no funcionamento psíquico materno dá um contributo significativo para a explicação da variância da percepção materna relativa à confiança global nos cuidados maternos.

4. Delineamento do Estudo

4.1. Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 109 participantes do sexo feminino que deram à luz recentemente, com idades entre 21 e 44 anos, sendo a média de idades de 31.39 anos ($DP = 5.196$). As participantes responderam aos instrumentos em causa na Enfermaria de Puérperas I da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Estas respostas ocorreram até ao segundo/terceiro dia de vida do recém-nascido.

A maioria das participantes era portuguesa (93.6%), encontrando-se todas numa relação conjugal. A média da escolaridade foi de 13.97 anos completos ($DP = 3.196$) e o estatuto socioeconómico mais frequente foi o médio superior (41.3%). A maioria (92.7%) não possuía filhos de relacionamentos anteriores.

Relativamente aos dados do companheiro/pai do bebé, as idades compreendidas situaram-se entre os 20 e os 53 anos, com uma média de idades de 33.34 anos ($DP = 5.54$). A maior parte era de nacionalidade portuguesa (91.7%) e a média de escolaridade de 12.74 anos completos ($DP = 3.468$). O estatuto socioeconómico mais frequente foi o médio (40.4%).

No que diz respeito aos dados dos casais, a média do tempo de conjugalidade foi de 6.18 anos ($DP = 3.849$) e para a maioria (52%) este era o seu primeiro filho em comum.

Respeitante às condições obstétricas, para uma grande percentagem das mães (41.3%), esta tinha sido a sua primeira gravidez, sendo que a maioria teve uma gestação no termo (84.4%). O número de ecografias variou de 0 a 15, com uma média de 4.98 ($DP = 2.192$). A maior parte das mulheres referiu ter uma gravidez planeada (72.5%), desejada (93.6%) e vigiada (99.1%), sem referência a factores de risco (74.3%). Entre as mães que tinham preferência pelo género do bebé (32.1%), a escolha incidiu sobre o sexo masculino (16.5%), sendo que a maioria referiu ter reagido bem aquando desta informação (97.2%), e escolheu o nome do bebé durante a gravidez (93.6%). Enquanto grávidas, a maior parte das mulheres (99.1%) teve percepção de movimentos fetais, caracterizando o bebé como agitado (66.1%). Relativamente ao tipo de parto, o mais frequente foi o parto vaginal sem epidural (30.3%), seguindo-se a cesariana com anestesia local (29.4%), o parto vaginal com epidural (28.4%) e a cesariana com anestesia geral (11.9%).

Por fim, no que diz respeito aos dados dos bebés, a maioria era do sexo feminino (54.1%), sendo a média de pesos de 3.29 ($DP = .52$) e a de comprimentos de 48.84cm ($DP = 2.61$). Quanto ao tipo de alimentação dos bebés, a maior parte era exclusivamente amamentada com leite materno (69.7%), seguindo-se de alimentação mista (26.6%) e, por fim, apenas biberão (3.7%).

4.2. Procedimento

Inicialmente, foi apresentado a cada participante um documento informativo (Folha de Informação à Participante – Anexo A) acerca dos objectivos do estudo, incluindo a confidencialidade e o carácter voluntário na participação na investigação. Posteriormente, foi facultada uma declaração (Consentimento Informado – Anexo B), de forma a cada participante declarar o seu entendimento do estudo e dos respectivos objectivos, bem como a sua concordância em participar. Depois de assinada a declaração, as participantes foram então convidadas a responder aos questionários previamente apresentados, pela seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico e Clínico, QDBIBR e, por fim, a MABS. Com a finalidade de testar as hipóteses específicas já mencionadas, procedeu-se a um conjunto de análises de regressão estatística que passamos a expor.

5. Resultados

5.1. Análise de Regressão Estatística

Foi utilizada a regressão linear para obter um modelo parcimonioso que permitisse explicar a variância da percepção materna do comportamento do recém-nascido (UI, IDF, A, ADF e E) e do nível de confiança materna nos cuidados a prestar ao mesmo (LCC, LCF e GC) em função das variáveis independentes (sociodemográficas, clínicas e quatro dimensões do QDBIBR). Todas as variáveis independentes de tipo intervalar foram submetidas à análise de ajustamento à distribuição normal. Entre estas, pelo menos em um dos testes, não se afastavam significativamente da distribuição normal, as seguintes variáveis: idade da mãe, idade do pai, peso, UI, ADF, LCC, LCF e GC. As variáveis independentes que se afastavam da normalidade foram inspeccionadas através dos gráficos QQPlot onde se pôde observar que os respectivos afastamentos não impediam a análise estatística em causa. As restantes variáveis independentes foram codificadas em 0 e 1, de forma a serem compatíveis com a análise de regressão.

Utilizaram-se os valores de Tolerância e de VIF para identificar a existência de multicolinearidade, tendo-se eliminado a variável “Nº de anos escolares concluídos com sucesso do pai” na análise de regressão relativa à dimensão A da MABS, e as variáveis “Idade do pai” e “Nº de filhos da relação actual” para a dimensão LCC, na medida em que apresentavam valores elevados nos parâmetros referidos. As dimensões UI, IDF, ADF, E, LCF e GC foram, assim, cruzadas com as seguintes variáveis independentes: Modelo 1, dados da mãe - Idade, NAECS, Graffar, Nº de filhos de relações anteriores; Modelo 2, dados do pai - Idade, NAECS, Graffar, Estatuto laboral; Modelo 3, dados do casal - Tempo de conjugalidade, Nº de filhos da relação actual; Modelo 4, dados obstétricos - Semanas de gestação no nascimento, Nº de ecografias, Gravidez planeada, Parto, Qual a preferência pelo género do bebé, Percepção dos movimentos fetais, Características psicológicas do bebé; Modelo 5, dados do bebé - Peso, Sexo, Comprimento e Modelo 6, factores do QDBIBR - F1, F2, F3, F4 e Escala Completa.

Todas as análises foram efectuadas com o SPSS (versão 22), considerando-se uma probabilidade de erro tipo 1 de .05.

5.2. Testagem das hipóteses

5.2.1. Testagem de HE1

Em HE1, a variável dependente é a percepção materna relativa à instabilidade/irregularidade do bebé. Como a variável independente em causa nesta e nas seguintes hipóteses específicas é a percepção materna da diferença entre bebé imaginário e bebé real, e esta percepção se organiza em cinco dimensões, irá apresentar-se uma testagem para cada dimensão.

5.2.1.1. Testagem de HE1 face a F1 (interacção mãe-bebé) do QDBIBR

Tal como se pode observar na Tabela 3, a HE1 foi confirmada relativamente ao Factor 1 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo dá um contributo significativo ($p = .033$) para a explicação da variável dependente.

Tabela 3. Análise de regressão da HE1 relativamente ao F1 do QDBIBR.

Modelos	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				
					Alteração de R ²	Acréscimo de F	df1	df2	Sig. do Acréscimo de F
1	.313 ^a	.098	-.066	13.36974	.098	.598	4	22	.668
2	.496 ^b	.246	-.088	13.51048	.148	.886	4	18	.492
3	.527 ^c	.278	-.174	14.03180	.031	.344	2	16	.714
4	.654 ^d	.428	-.654	16.65305	.150	.337	7	9	.917
5	.771 ^e	.594	-.757	17.16678	.167	.823	3	6	.527
6	.922 ^f	.851	.225	11.40139	.256	8.602	1	5	.033

É de notar que todos os modelos anteriores ao sexto não oferecem contributos significativos para a explicação da variável dependente, o que reforça a importância explicativa do Factor 1.

5.2.1.2. Testagem de HE1 face a F2 (sono, tranquilidade e calma) do QDBIBR

Pode observar-se, na Tabela A do Anexo I, que a HE1 não foi confirmada relativamente ao Factor 2 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .150$) para a explicação da variável dependente.

5.2.1.3. Testagem de HE1 face a F3 (actividade do bebé) do QDBIBR

Tal como se pode verificar na Tabela B que consta do Anexo II, a HE1 não foi confirmada relativamente ao Factor 3 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .869$) para a explicação da variável dependente.

5.2.1.4. Testagem de HE1 face a F4 (expectativa negativa) do QDBIBR

A partir da Tabela C do Anexo III, constata-se que a HE1 não foi confirmada relativamente ao Factor 4 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .089$) para a explicação da variável dependente.

5.2.1.5. Testagem de HE1 face à Escala Completa do QDBIBR

Tal como se pode observar na Tabela 4, a HE1 foi confirmada relativamente à escala completa do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo dá um contributo significativo ($p = .044$) para a explicação da variável dependente.

Tabela 4. Análise de regressão da HE1 relativamente à Escala Completa do QDBIBR

Modelos	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				
					Alteração de R ²	Acréscimo de F	df1	df2	Sig. do Acréscimo de F
1	.313 ^a	.098	-.066	13.36974	.098	.598	4	22	.668
2	.496 ^b	.246	-.088	13.51048	.148	.886	4	18	.492
3	.527 ^c	.278	-.174	14.03180	.031	.344	2	16	.714
4	.654 ^d	.428	-.654	16.65305	.150	.337	7	9	.917
5	.771 ^e	.594	-.757	17.16678	.167	.823	3	6	.527
6	.913 ^f	.833	.134	12.05184	.239	7.174	1	5	.044

É de notar que todos os modelos anteriores ao sexto não oferecem contributos significativos para a explicação da variável dependente, o que atribui a F4 uma importância acrescida.

5.2.1.6. Conclusão da testagem de HE1

A regressão linear permitiu identificar, no domínio do QDBIBR, as variáveis interacção mãe-bebé e escala completa como predictoras significativas da percepção materna relativa à instabilidade/irregularidade do bebé. Quer dizer, entre as cinco variáveis do QDBIBR, aquelas duas são as únicas a apresentar um valor estatisticamente significativo ($p \leq .05$), contrariamente às variáveis do Factor 2 (sono, tranquilidade e calma), do Factor 3 (actividade do bebé) e do Factor 4 (expectativa negativa). Pode, assim, concluir-se que a percepção da instabilidade/irregularidade do comportamento do bebé por parte das suas mães pode ser influenciada pela percepção da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real na dimensão interacção mãe-bebé e na escala completa. Hipotetizando e tendo em conta os itens das escalas utilizadas, se a mãe espera algo do seu bebé (ao nível da interacção) que não se verifica, é plausível que ela o perceba como instável, dada a diferença de reacções relativamente à sua expectativa. Assim, quando ocorrem comportamentos por parte do bebé não esperados pela mãe, é mais provável que esta o sinta como instável ou irregular. O facto de a sua expectativa não ser confirmada, também, pode criar tensão/instabilidade/angústia à mãe que, por sua vez, transmite tais estados (através de gestos, tom de voz, acções, etc.) ao bebé, afectando o comportamento do mesmo e fazendo-o agir em consonância com o que lhe é transmitido.

5.2.2. Testagem de HE2

Em HE2, a variável dependente é a percepção materna relativa à irritabilidade do bebé durante as refeições.

5.2.2.1. Testagem de HE2 face a F1 (interacção mãe-bebé) do QDBIBR

Tal com se pode observar na Tabela D do Anexo IV, a HE2 não foi confirmada relativamente ao Factor 1 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .199$) para a explicação da variável dependente.

5.2.2.2. Testagem de HE2 face a F2 (sono, tranquilidade e calma) do QDBIBR

Pode verificar-se, na Tabela E que consta do Anexo V, que a HE2 não foi confirmada relativamente ao Factor 2 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta

variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .391$) para a explicação da variável dependente.

5.2.2.3. Testagem de HE2 face a F3 (actividade do bebé) do QDBIBR

Pode observar-se, na Tabela F do Anexo VI, que a HE2 não foi confirmada relativamente ao Factor 3 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .920$) para a explicação da variável dependente.

5.2.2.4. Testagem de HE2 face a F4 (expectativa negativa) do QDBIBR

É possível verificar, na Tabela G que consta do Anexo VII, que a HE2 não foi confirmada relativamente ao Factor 4 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .088$) para a explicação da variável dependente.

5.2.2.5. Testagem de HE2 face à Escala Completa do QDBIBR

Constata-se que, na Tabela H do Anexo VIII, a HE2 não foi confirmada relativamente à escala completa do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .206$) para a explicação da variável dependente.

5.2.2.6. Conclusão da testagem de HE2

Relativamente à irritabilidade do bebé durante as refeições, nenhuma das variáveis analisadas (interacção mãe-bebé; sono, tranquilidade e calma; actividade do bebé; expectativa negativa e escala completa) deteve as condições necessárias para prever significativamente esta dimensão. Conclui-se, portanto, que a percepção materna do comportamento do bebé como irritável durante a amamentação não pode ser influenciada pela percepção da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real em qualquer das suas dimensões. Sendo a alimentação uma necessidade primária, é algo que, em geral, se deve sobrepor a qualquer factor de percepção prévio. Assim, a “luta” pela sobrevivência predomina em detrimento de qualquer outra condicionante. A irritabilidade ocorre muitas vezes antes da alimentação, acabando, frequentemente, por

ser desvanecida aquando do momento da saciação, contribuindo assim para uma possível explicação de tais resultados.

5.2.3. Testagem de HE3

Em HE3, a variável dependente é a percepção materna relativa ao estado de alerta/responsividade do bebé.

5.2.3.1. Testagem de HE3 face a F1 (interacção mãe-bebé) do QDBIBR

Tal como se pode observar na Tabela I que consta do Anexo IX, a HE3 não foi confirmada relativamente ao Factor 1 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .058$) para a explicação da variável dependente.

5.2.3.2. Testagem de HE3 face a F2 (sono, tranquilidade e calma) do QDBIBR

Verifica-se, na Tabela J do Anexo X, que a HE3 não foi confirmada relativamente ao Factor 2 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .253$) para a explicação da variável dependente.

5.2.3.3. Testagem de HE3 face a F3 (actividade do bebé) do QDBIBR

Pode constatar-se, na Tabela K do Anexo XI, que a HE3 não foi confirmada relativamente ao Factor 3 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .118$) para a explicação da variável dependente.

5.2.3.4. Testagem de HE3 face a F4 (expectativa negativa) do QDBIBR

Tal como se pode analisar na Tabela L que consta do Anexo XII, a HE3 não foi confirmada relativamente ao Factor 4 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .075$) para a explicação da variável dependente.

5.2.3.5. Testagem de HE3 face à Escala Completa do QDBIBR

Verifica-se, na Tabela M do Anexo XIII, que a HE3 não foi confirmada relativamente à escala completa do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .057$) para a explicação da variável dependente.

5.2.3.6. Conclusão da testagem de HE3

No que diz respeito à percepção materna relativa ao estado de alerta/responsividade do bebé, também não foi identificada qualquer variável como tendo algum poder preditor e um valor estatisticamente significativo. Deste modo, pode concluir-se que a percepção materna do comportamento do bebé como mais alerta-responsivo não pode ser influenciada pela percepção da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real em qualquer das suas dimensões. Uma possível explicação para tais resultados é o facto de a personalidade de um ser humano ser, em grande parte, definida no momento de concepção através da sua organização genética, não dependendo de qualquer percepção pré-definida. Por exemplo, um bebé tranquilo que coma e durma bem poderá ter tendência a ser menos responsivo e menos alerta (porque mais recatado e introvertido). Contrariamente, se um bebé não tem um sono regular e não se alimenta convenientemente tende a ser mais irrequieto, mais alerta ou mais impaciente.

É importante referir que, apesar de esta hipótese não ter sido confirmada pela análise dos resultados, está muito próxima de o ser em relação às dimensões interacção mãe-bebé e escala completa, podendo estas variáveis assumir algum protagonismo. Hipotetizando, se a mãe pensa que o seu bebé vai ser mais interactivo/alerta, pode estimular a interactividade diádica (ex: acordá-lo, brincar com ele, etc.). Desta forma, ele poderá ver-se na contingência de responder mesmo que isso não seja motivado pelo seu carácter (donde se pode concluir que o próprio estado de actividade do bebé pode ser condicionado pelo comportamento da mãe).

5.2.4. Testagem de HE4

Em HE4, a variável dependente é a percepção materna relativa ao estado de alerta do bebé durante as refeições.

5.2.4.1. Testagem de HE4 face a F1 (interacção mãe-bebé) do QDBIBR

Na Tabela N do Anexo XIV é possível verificar-se que a HE4 não foi confirmada relativamente ao Factor 1 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .076$) para a explicação da variável dependente.

5.2.4.2. Testagem de HE4 face a F2 (sono, tranquilidade e calma) do QDBIBR

Tal como se observa na Tabela O do Anexo XV, a HE4 não foi confirmada relativamente ao Factor 2 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .051$) para a explicação da variável dependente.

5.2.4.3. Testagem de HE4 face a F3 (actividade do bebé) do QDBIBR

Pode constatar-se, na Tabela P (Anexo XVI), que a HE4 não foi confirmada relativamente ao Factor 3 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .725$) para a explicação da variável dependente.

5.2.4.4. Testagem de HE4 face a F4 (expectativa negativa) do QDBIBR

É possível examinar, na Tabela Q do Anexo XVII, que a HE4 não foi confirmada relativamente ao Factor 4 do QDBIBR, uma vez que a introdução desta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .061$) para a explicação da variável dependente.

5.2.4.5. Testagem de HE4 face à Escala Completa do QDBIBR

Tal como se pode verificar na Tabela R do Anexo XVIII, a HE4 não foi confirmada relativamente à escala completa do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .062$) para a explicação da variável dependente.

5.2.4.6. Conclusão da testagem de HE4

A percepção materna relativa ao estado de alerta do bebé durante as refeições não pode ser influenciada pela percepção da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real em qualquer das suas dimensões (interacção mãe-bebé; sono, tranquilidade e calma; actividade do bebé; expectativa negativa e escala completa). Uma explicação para estes

resultados pode reflectir-se novamente no próprio carácter ou personalidade do bebé, que não é dependente da percepção da mãe.

Não obstante, a partir da análise efectuada, constata-se que os valores das dimensões do Factor 2 (sono, tranquilidade e calma), do Factor 4 (expectativa negativa) e da escala completa se encontram muito próximos de poder confirmar esta hipótese, tendendo a constituir algum tipo de influência. Relativamente à primeira (sono, tranquilidade e calma), a mesma pode ser considerada como oposição ao estado de alerta durante as refeições. Assim, pode haver tendência para pontuações mais elevadas nesta dimensão corresponderem a pontuações mais baixas no estado de alerta, uma vez o bebé não responder ou colaborar tanto na situação de refeição. No que diz respeito à expectativa negativa (e dado o conjunto de itens que compõe esta dimensão ser relacionado com a saúde, o bem-estar e o conforto do bebé), pode hipotetizar-se que, nos primeiros dias de vida de um bebé, tais temas estão bastante relacionados com a alimentação – principal preocupação das mães. Talvez um desenvolvimento adequado e sem problemas, caracterizado por conforto e bem-estar, esteja associado a um maior estado de alerta durante as refeições, traduzindo-se numa atitude mais consciente e colaborativa por parte do bebé. Deste modo, a percepção materna acerca da expectativa negativa (confirmando-se ou não) poderá influenciar o comportamento da mãe para com o bebé (nomeadamente através de maiores ou menores cuidados), tendo repercussões no estado de alerta do mesmo durante a alimentação.

Contudo, como em várias das análises de regressão respeitantes a HE4 as variáveis do QDBIBR estão próximas do limiar da significância, a relação em causa deveria ser aprofundada em investigações posteriores.

5.2.5. Testagem de HE5

Em HE5, a variável dependente é a percepção materna relativa ao bebé enquanto fácil.

5.2.5.1. Testagem de HE5 face a F1 (interacção mãe-bebé) do QDBIBR

Pode verificar-se, na Tabela 5, que a HE5 foi confirmada relativamente ao Factor 1 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo dá um contributo significativo ($p = .048$) para a explicação da variável dependente.

Tabela 5. Análise de regressão da HE5 relativamente ao F1 do QDBIBR

Modelos	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				
					Alteração de R ²	Acréscimo de F	df1	df2	Sig. do Acréscimo de F
1	.346 ^a	.120	-.027	4.66244	.120	.817	4	24	.527
2	.449 ^b	.202	-.118	4.86416	.082	.513	4	20	.727
3	.456 ^c	.208	-.233	5.10837	.006	.067	2	18	.936
4	.622 ^d	.387	-.561	5.74886	.179	.459	7	11	.845
5	.843 ^e	.711	-.013	4.63020	.324	2.986	3	8	.096
6	.917 ^f	.841	.364	3.67034	.130	5.731	1	7	.048

É de notar que todos os modelos anteriores ao sexto não oferecem contributos significativos para a explicação da variável dependente, tornando o papel de F1 mais interessante.

5.2.5.2. Testagem de HE5 face a F2 (sono, tranquilidade e calma) do QDBIBR

Na Tabela S do Anexo XIX, constata-se que a HE5 não foi confirmada relativamente ao Factor 2 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .123$) para a explicação da variável dependente.

5.2.5.3. Testagem de HE5 face a F3 (actividade do bebé) do QDBIBR

Pode observar-se, na Tabela T que consta do Anexo XX, que a HE5 não foi confirmada relativamente ao Factor 3 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .306$) para a explicação da variável dependente.

5.2.5.4. Testagem de HE5 face a F4 (expectativa negativa) do QDBIBR

Tal como se verifica na Tabela U do Anexo XXI, a HE5 não foi confirmada relativamente ao Factor 4 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .230$) para a explicação da variável dependente.

5.2.5.5. Testagem de HE5 face à Escala Completa do QDBIBR

É possível constatar, na Tabela V do Anexo XXII, que a HE5 não foi confirmada relativamente à escala completa do QDBIBR, uma vez que a introdução de

esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .058$) para a explicação da variável dependente.

5.2.5.6. Conclusão da testagem de HE5

Relativamente à percepção materna do bebé enquanto fácil, apenas foi possível identificar a variável interacção mãe-bebé (F1) como sua preditora significativa, excluindo-se as variáveis de F2 (sono, tranquilidade e calma), de F3 (actividade do bebé), de F4 (expectativa negativa) e escala completa. Pode, assim, concluir-se que a percepção da facilidade do comportamento do bebé por parte das suas mães é possivelmente influenciada pela sua percepção da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real apenas na dimensão interacção mãe-bebé. Quanto menor a diferença entre o que a mãe esperava do bebé e o que ele é de facto (ou seja, se o bebé se aproximar do que a mãe esperava e as suas atitudes corresponderem às expectativas dela) maior a probabilidade de a mesma o perceber como fácil, tendo maior facilidade em lidar e cuidar dele, satisfazer as suas necessidades e corresponder aos seus pedidos.

5.2.6. Testagem de HE6

Em HE6, a variável dependente é a percepção materna relativa à falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé.

5.2.6.1. Testagem de HE6 face a F1 (interacção mãe-bebé) do QDBIBR

Tal como se pode observar na Tabela 6, a HE6 foi confirmada relativamente ao Factor 1 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo dá um contributo significativo ($p = .009$) para a explicação da variável dependente.

Tabela 6. Análise de regressão da HE6 relativamente ao F1 do QDBIBR

Modelos	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				
					Alteração de R ²	Acréscimo de F	df1	df2	Sig. do Acréscimo de F
1	.388 ^a	.151	-.011	10.89490	.151	.933	4	21	.464
2	.468 ^b	.219	-.084	11.28277	.069	.527	3	18	.669
3	.598 ^c	.357	.055	10.53364	.138	3.651	1	17	.073
4	.920 ^d	.846	.615	6.72480	.489	4.530	7	10	.016
5	.943 ^e	.889	.604	6.82100	.043	.907	3	7	.485
6	.984 ^f	.968	.867	3.95849	.079	14.784	1	6	.009

É de notar que, nesta análise, o modelo 4 também oferece um contributo significativo para a explicação da variável dependente. A introdução de algumas variáveis obstétricas neste modelo, tal é o caso da percepção dos movimentos fetais ($p = .024$) e das características psicológicas atribuídas pela mãe ao bebé durante a gravidez ($p = .004$), possivelmente, também exercem algum tipo de influência.

5.2.6.2. Testagem de HE6 face a F2 (sono, tranquilidade e calma) do QDBIBR

Na Tabela W do Anexo XXIII, constata-se que a HE6 não foi confirmada relativamente ao Factor 2 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .621$) para a explicação da variável dependente.

5.2.6.3. Testagem de HE6 face a F3 (actividade do bebé) do QDBIBR

Pode observar-se na Tabela X que consta do Anexo XXIV que a HE6 não foi confirmada relativamente ao Factor 3 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .913$) para a explicação da variável dependente.

5.2.6.4. Testagem de HE6 face a F4 (expectativa negativa) do QDBIBR

Tal como se pode ver na Tabela 7, a HE6 foi confirmada relativamente ao Factor 4 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo dá um contributo significativo ($p = .001$) para a explicação da variável dependente.

Tabela 7. Análise de regressão da HE6 relativamente ao F4 do QDBIBR

Modelos	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				
					Alteração de R ²	Acréscimo de F	df1	df2	Sig. do Acréscimo de F
1	.388 ^a	.151	-.011	10.89490	.151	.933	4	21	.464
2	.468 ^b	.219	-.084	11.28277	.069	.527	3	18	.669
3	.598 ^c	.357	.055	10.53364	.138	3.651	1	17	.073
4	.920 ^d	.846	.615	6.72480	.489	4.530	7	10	.016
5	.943 ^e	.889	.604	6.82100	.043	.907	3	7	.485
6	.993 ^f	.985	.938	2.69475	.096	38.849	1	6	.001

É de notar que o modelo 4 também oferece um contributo significativo para a explicação da variável dependente. Novamente, salientam-se os valores das variáveis

obstétricas percepção dos movimentos fetais e das características psicológicas atribuídas pela mãe ao bebé durante a gravidez, tal como referido numa das análises anteriores.

5.2.6.5. Testagem de HE6 face à Escala Completa do QDBIBR

É possível verificar na Tabela 8 que a HE6 foi confirmada relativamente à escala completa do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo dá um contributo significativo ($p = .007$) para a explicação da variável dependente.

Tabela 8. Análise de regressão da HE6 relativamente à Escala Completa do QDBIBR

Modelos	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				
					Alteração de R ²	Acréscimo de F	df1	df2	Sig. do Acréscimo de F
1	.388 ^a	.151	-.011	10.89490	.151	.933	4	21	.464
2	.468 ^b	.219	-.084	11.28277	.069	.527	3	18	.669
3	.598 ^c	.357	.055	10.53364	.138	3.651	1	17	.073
4	.920 ^d	.846	.615	6.72480	.489	4.530	7	10	.016
5	.943 ^e	.889	.604	6.82100	.043	.907	3	7	.485
6	.985 ^f	.970	.873	3.86141	.080	15.842	1	6	.007

É de notar que o modelo 4 também oferece um contributo significativo para a explicação da variável dependente. Mais uma vez, as variáveis em causa (percepção dos movimentos fetais e características psicológicas atribuídas pela mãe ao bebé durante a gravidez) apresentam valores significativos já anteriormente enunciados.

5.2.6.6. Conclusão da testagem de HE6

Quanto à explicação da percepção materna relativa à falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebé, foram destacadas as variáveis independentes interacção mãe-bebé (F1), expectativa negativa (F4) e escala completa, com valores estatisticamente significativos, por oposição às variáveis de F2 (sono, tranquilidade e calma) e de F3 (actividade do bebé). Deste modo, conclui-se que a confiança materna para cuidar (lidar) do bebé fora da situação de amamentação pode ser influenciada pela percepção da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real nas dimensões interacção mãe-bebé, expectativa negativa e escala completa. Tal significa que, quanto maior a diferença entre o que a mãe esperava ao nível da interacção com o bebé, da expectativa negativa e no geral das dimensões, menor a confiança (ou maior a falta de confiança) por parte da mãe nos cuidados a prestar ao bebé. Pode hipotetizar-se que: devido à mãe

esperar determinados comportamentos por parte do recém-nascido, já teria pensado em formas de lidar com eles. No entanto, ao ver-se confrontada com um bebé que não corresponde à expectativa, as eventuais reacções que poderia ter (previamente planeadas) deixam de adequar-se, causando-lhe desamparo e insegurança em relação à postura ou comportamentos que deve adoptar.

Quanto ao modelo 4 (dados obstétricos), parece protagonizar alguma influência na variável dependente. Tal poderá dever-se às variáveis em causa, directamente relacionadas entre si, que de algum modo dizem respeito à percepção da mãe acerca do temperamento do seu filho. Uma maior percepção de movimentos fetais poderá, muitas vezes, corresponder à percepção do bebé como mais agitado e vice-versa. Deste modo, é provável que a mãe sinta mais insegurança em cuidar do filho quando o mesmo é percebido como mais agitado e instável, podendo esta percepção ser sentida como um desafio permanente. Pelo contrário, um bebé mais calmo e tranquilo pode motivar um sentimento de maior segurança por parte da mãe nos cuidados a serem prestados.

5.2.7. Testagem de HE7

Em HE7, a variável dependente é a percepção materna relativa à falta de confiança para alimentar o bebé.

5.2.7.1. Testagem de HE7 face a F1 (interacção mãe-bebé) do QDBIBR

Com se pode verificar na Tabela Y do Anexo XXV, a HE7 não foi confirmada relativamente ao Factor 1 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .160$) para a explicação da variável dependente.

5.2.7.2. Testagem de HE7 face a F2 (sono, tranquilidade e calma) do QDBIBR

Pode constatar-se, na Tabela Z do Anexo XXVI, que a HE7 não foi confirmada relativamente ao Factor 2 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .199$) para a explicação da variável dependente.

5.2.7.3. Testagem de HE7 face a F3 (actividade do bebé) do QDBIBR

Verifica-se, na Tabela AA que consta do Anexo XXVII, que a HE7 não foi confirmada relativamente ao Factor 3 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta

variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .941$) para a explicação da variável dependente.

5.2.7.4. Testagem de HE7 face a F4 (expectativa negativa) do QDBIBR

É possível observar na Tabela AB do Anexo XXVIII que a HE7 não foi confirmada relativamente ao Factor 4 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .156$) para a explicação da variável dependente.

5.2.7.5. Testagem de HE7 face à Escala completa do QDBIBR

Tal como se pode analisar na Tabela AC (Anexo XXIX), a HE7 não foi confirmada relativamente à escala completa do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .166$) para a explicação da variável dependente.

5.2.7.6. Conclusão da testagem de HE7

No que diz respeito à percepção materna relativa à falta de confiança para alimentar o bebé, nenhuma das variáveis analisadas (interacção mãe-bebé; sono, tranquilidade e calma; actividade do bebé; expectativa negativa e escala completa) deteve as condições necessárias para predizer significativamente esta dimensão. Assim sendo, conclui-se que a confiança materna para amamentar (alimentar) o bebé não pode ser influenciada pela percepção da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real em qualquer das suas dimensões. Mais uma vez, pode afirmar-se que, sendo a alimentação uma necessidade básica, não é vulnerável às percepções maternas em análise, não havendo valores minimamente aproximados de um nível significativo em nenhuma dimensão.

5.2.8. Testagem de HE8

Em HE8, a variável dependente é a percepção materna relativa à confiança global nos cuidados maternos.

5.2.8.1. Testagem de HE8 face a F1 (interacção mãe-bebé) do QDBIBR

Na Tabela AD do Anexo XXX, constata-se que a HE8 não foi confirmada relativamente ao Factor 1 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no

sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .100$) para a explicação da variável dependente.

5.2.8.2. Testagem de HE8 face a F2 (sono, tranquilidade e calma) do QDBIBR

Pode observar-se, na Tabela AE do Anexo XXXI, que a HE8 não foi confirmada relativamente ao Factor 2 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .525$) para a explicação da variável dependente.

5.2.8.3. Testagem de HE8 face a F3 (actividade do bebé) do QDBIBR

Tal como se pode verificar na Tabela AF (Anexo XXXII), a HE8 não foi confirmada relativamente ao Factor 3 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .485$) para a explicação da variável dependente.

5.2.8.4. Testagem de HE8 face a F4 (expectativa negativa) do QDBIBR

É possível analisar, na Tabela AG do Anexo XXXIII, que a HE8 não foi confirmada relativamente ao Factor 4 do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .052$) para a explicação da variável dependente.

5.2.8.5. Testagem de HE8 face à Escala Completa do QDBIBR

Na Tabela AH que consta do Anexo XXXIV, pode observar-se que a HE8 não foi confirmada relativamente à escala completa do QDBIBR, uma vez que a introdução de esta variável no sexto modelo não dá um contributo significativo ($p = .108$) para a explicação da variável dependente.

5.2.8.6. Conclusão da testagem de HE8

Por último, para a percepção materna relativa à confiança global nos cuidados maternos, também não foi identificada qualquer variável (interacção mãe-bebé; sono, tranquilidade e calma; actividade do bebé; expectativa negativa e escala completa) como tendo algum poder preditor e um valor estatisticamente significativo. Desta forma, pode concluir-se que a confiança materna global para cuidar do bebé não pode ser influenciada pela percepção da diferença entre o bebé imaginário e o bebé real em qualquer das suas dimensões. Contrariamente às expectativas de formulação de esta

hipótese, a mesma não foi confirmada no estudo, verificando-se, assim, que a diferença entre a representação pré e pós natal da mãe em relação ao bebé não deve ter impacto ao nível da sua confiança nos cuidados globais a prestar ao mesmo. Estes resultados podem ser explicados pela existência de um “instinto” materno que se sobrepõe a qualquer percepção e que é independente das expectativas que se tenham.

Não obstante, a análise dos dados obtidos revela valores muito próximos do nível de significância relativamente à dimensão expectativa negativa, podendo existir alguma influência entre tais variáveis. Desta forma, pode haver tendência para que a mãe sinta mais insegurança a nível global em cuidar do bebé quando existe uma maior discrepância entre o que ela esperava (a sua expectativa) e a realidade do seu filho. Como já referido, os principais conteúdos de esta dimensão dizem respeito a aspectos relacionados com a saúde, o bem-estar e o conforto do bebé, o que pode ter um grande impacto na auto-estima da mãe no caso de o seu filho se apresentar como muito diferente do esperado, lançando-lhe desafios no contacto com ele e algumas preocupações. A saúde, o bem-estar e o conforto são aspectos primordiais para a mãe na vida de um filho. Assim, se o bebé for saudável e estiver confortável, ela tem tendência a sentir-se mais confiante. Caso contrário, é provável sentir-se mais insegura.

Por outro lado, e seguindo uma linha mais psicanalítica, o facto de o bebé não ser tão saudável quanto ela esperava, e uma vez este ser considerado um prolongamento de si própria, pode levá-la a culpar-se ou a não se sentir suficientemente competente enquanto mãe por não ter gerado um ser que correspondesse às suas expectativas, tendo impacto na sua confiança.

6. Discussão

A partir da análise dos resultados, pode constatar-se que, das oito hipóteses específicas, apenas três (a primeira, a quinta e a sexta) foram confirmadas, o que indica que a percepção materna acerca da diferença entre o bebê imaginário e o bebê real pode influenciar a percepção materna acerca da instabilidade/irregularidade do comportamento do bebê, deste último enquanto fácil e da falta de confiança materna nos cuidados a ter com ele fora da situação de alimentação. Isto quer dizer que mães cujas expectativas em relação ao bebê não foram atingidas tendem a perceber o comportamento deste como mais instável/irregular, menos fácil e a sentir-se mais inseguras em lidar ou cuidar dele fora da situação de alimentação. Concretamente, as dimensões da diferença entre o bebê imaginário e o bebê real que permitem chegar a esta conclusão são: 1) a interação mãe-bebê (que ajuda a explicar as subescalas UI - instabilidade/irregularidade; E - facilidade; LCC - falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebê fora da situação de alimentação); 2) a expectativa negativa (contribuindo para a explicação da variância na subescala LCC - falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebê fora da situação de alimentação) e 4) a escala completa (que oferece um contributo na explicação das subescalas UI - instabilidade/irregularidade; LCC - falta de confiança para cuidar do bebê fora da situação de alimentação).

Estas conclusões vão ao encontro de estudos que afirmam que a percepção parental do temperamento da criança influencia a auto-estima e a auto-eficácia maternas. Ou seja, a percepção da mãe como tendo uma menor auto-eficácia e menor auto-estima parece acarretar maiores probabilidades de depressão e de percepção do bebê como mais difícil (Farrow & Blissett, 2007; Verhage, Oosterman, & Schuengel, 2013). De acordo com o apresentado na primeira parte do presente trabalho, algumas das situações de depressão materna podem advir, muitas vezes, da frustração da mãe por o bebê não corresponder às suas expectativas (Coelho, 2009; Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007), levando a comportamentos inadequados e sentimentos de incapacidade por parte desta (Cruz, 1990). Daí, a necessidade de criação de um espaço materno e interno para albergar a imprevisibilidade do bebê, permitindo-lhe emergir como um ser diferente das expectativas da sua mãe. Conclui-se, assim, que as percepções maternas acerca da criança estão relacionadas com a qualidade do comportamento interativo mãe-bebê (Magelsdorf et al., 1990) e com o ajustamento social na primeira infância (Olson, Bates, & Bayles, 1989).

Por outro lado, entre as hipóteses refutadas encontram-se a segunda, a terceira, a quarta, a sétima e a oitava, concluindo-se que as mães que não viram as suas expectativas confirmadas pelo bebé não tendem a perceber o comportamento deste como mais irritável durante as refeições, mais alerta e responsivo (fora ou dentro das situações de alimentação), nem a sentir-se menos confiantes para alimentar o bebé ou ao nível da prestação de cuidados na globalidade para com o mesmo. Ou seja, a percepção que a mãe tem da irritabilidade do bebé durante as refeições, do seu carácter alerta e responsivo para com ela ou do seu próprio nível de confiança para alimentá-lo ou prestar-lhe cuidados não depende directamente das expectativas investigadas.

Entre possíveis explicações para algumas das hipóteses de este estudo não terem sido confirmadas, encontra-se o facto de não ser socialmente aceite a expressividade relacionada com a dificuldade materna em aceitar as características do bebé – uma certa rejeição que muitas mães escondem por medo de crítica. De acordo com ideias já referidas, grande parte da dificuldade em lidar com a maternidade pode ter origem em expectativas muito definidas criadas durante a gravidez. É normal que uma mãe sinta medo ou frustrações quando o filho nasce, uma vez que durante aproximadamente nove meses alimentou vários sonhos e expectativas. Assim, o choque é inevitável e a idealização tem que dar lugar à realidade. No entanto, a sociedade exerce uma pressão muito grande no que concerne à demonstração de afectos positivos para com o bebé após o parto, bem como no que diz respeito ao seu sentimento de confiança nos cuidados a prestar ao filho. Deste modo, poderá existir uma certa relutância na afirmação ou confissão por parte das mães acerca de algumas percepções negativas relativamente aos seus bebés e respectivos comportamentos.

No entanto, e apesar da terceira, quarta e oitava hipóteses não terem sido confirmadas pela análise dos resultados, as três encontram-se muito próximas do nível de significância, podendo reflectir uma certa influência entre as variáveis em causa. Assim, a percepção materna acerca do estado de alerta do bebé dentro e fora da situação de amamentação e do nível de confiança nos cuidados globais a prestar ao filho podem ser influenciadas pela diferença entre o bebé imaginário e o bebé real. Relativamente ao estado de alerta e de actividade, e de acordo com a revisão de literatura já elaborada, pode constatar-se uma certa correlação entre o comportamento da mãe e da criança (Zamberlan, 2002). Assim, mães com expectativas específicas acerca do estado de interactividade/alerta do seu filho podem estimular mais ou menos essa característica,

fazendo o bebê desenvolver (ou não) competências a esse nível. No que concerne à confiança global para cuidar do bebê, novamente, está patente a ideia de que é provável que a mãe se sinta mais confiante em assumir e desempenhar o seu papel quando as suas expectativas em relação ao filho são atingidas. Se o bebê imaginário predominar (em detrimento do bebê real), poderá surgir incompatibilidade por parte da mãe relativamente às suas iniciativas, originando conflitos e adversidades entre ambos, o que a faz pôr em causa as suas capacidades enquanto mãe. Não obstante, e daqui decorrente, seria relevante levantar estas questões em estudos posteriores de forma a perceber melhor as relações de influência entre as variáveis em causa.

6.1. Conclusões finais

De acordo com os objectivos delineados, a presente investigação permitiu alargar o conhecimento acerca da representação materna pré e pós-natal do bebê. Conclui-se que a diferença entre o bebê imaginário e o bebê real no funcionamento psíquico materno parece ter alguma influência na percepção da mãe relativa ao comportamento do recém-nascido e no nível de confiança materno nos cuidados a ter com ele. Assim, mães que obtiveram uma maior diferença entre o bebê imaginário e o bebê real terão tendência a perceber o comportamento do seu filho como mais instável/irregular, menos fácil e a sentir-se menos confiantes para cuidar dele.

De acordo com a revisão de literatura realizada, este tema é bastante pertinente dado que pode ter implicações futuras para o desenvolvimento da criança. Relembrando Ainsworth, Bell e Stayton (1983), uma auto-estima mais elevada por parte da mãe está relacionada com a aceitação materna (diríamos nós, reveladora de um bom equilíbrio entre o bebê imaginário e o bebê real) e com estilos parentais mais sensíveis e menos controladores o que, por sua vez, está associado a menos problemas comportamentais da criança. Deste modo, quanto maior o nível de preocupação e confiança maternas, mais comportamentos sociais positivos serão observados na criança.

Por outro lado, e no que diz respeito à percepção materna do comportamento do bebê, a melhor interpretação dos estímulos emitidos por este último está associada a uma maior sensibilidade por parte da mãe (Winnicott, 1965), o que contribui para o fortalecimento da relação diádica e o subsequente desenvolvimento harmonioso do bebê. Não obstante, todo este processo se vê facilitado quando a mãe aceita o seu bebê (neste caso, o bebê real), com todas as suas características e singularidades.

6.2. Limitações do estudo

Relativamente às limitações da presente investigação, não se pode deixar de referir a situação de vulnerabilidade em que se encontravam as mães aquando do momento de resposta aos questionários. Torna-se, assim, necessário haver alguma sensibilidade neste período tão frágil, pouco estruturado e intensamente emocional por que as mães passam, originando inúmeras possibilidades de interpretações e acabando por conduzir a atitudes maternas ambivalentes. Apesar de todas as inquiridas terem dado o seu consentimento em participar, muitas vezes ocorreram interrupções ao longo do preenchimento dos questionários (quer devido à visita do médico ou das enfermeiras, quer devido à amamentação do bebé ou prestação de cuidados).

Outra das limitações que pode ser apontada diz respeito aos valores de consistência interna dos dois últimos factores do QDBIBR, quando comparados com os dois primeiros. Assim sendo, a interpretação dos factores em questão poderá ficar entre aspas e servir de aprofundamento em estudos posteriores.

Por fim, é relevante mencionar a pouca literatura actual acerca deste tema específico, sendo a maior parte dos estudos efectuados há algum tempo, decorrentes de autores clássicos.

6.3. Sugestões de estudos futuros

Perante as limitações apontadas, torna-se fundamental continuar a investigar o papel destas representações no psiquismo materno relativamente à interacção diádica mãe-bebé. Assim, poderiam aprofundar-se tais influências em contextos diferentes (que não o de internamento) ou mesmo perceber se o que as mães percebem dos bebés logo após o nascimento (nos primeiros momentos de contacto com o recém-nascido) se mantém ao longo do tempo ou se, por outro lado, sofre alterações. Desta forma, poderia averiguar-se até que ponto a resposta aos questionários em situação de maior vulnerabilidade influencia ou não a percepção das mães.

Analogamente, outro estudo a realizar prende-se com o aprofundamento da influência das variáveis obstétricas neste tema. Na investigação efectuada, o modelo 4 pareceu dar algum contributo para a explicação da variância da percepção materna do comportamento do recém-nascido e do nível de confiança materno nos cuidados a prestar ao bebé, tornando os resultados curiosos. No entanto, importa saber ao certo, qual o verdadeiro peso e a respectiva razão de tal influência.

Por último, seria interessante perceber a influência da diferença entre bebê imaginário e bebê real em mães cujos filhos não são totalmente saudáveis e nasceram com algum tipo de incapacidade ou deficiência. Até que ponto as distintas variáveis contribuiriam para a explicação das diferenças encontradas?

Bibliografia

- Ainsworth, M., Bell, S., & Stayton, D. (1983). A ligação mãe-filho e o desenvolvimento social: a socialização como um produto da resposta recíproca a sinais. In M. Richards (Eds.), *A integração da criança no mundo social* (pp. 129-171). Lisboa: Horizonte.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Ammaniti, M., Tambelli, R., & Odorisio, F. (2013). Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: the use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 1-10. doi: 10.1002/imhj.21357
- Aulagnier, P. (1990). Um intérprete em busca de sentido. São Paulo: Escuta.
- Aulagnier, P. (1994). Nacimiento de un cuerpo. In L. Hornstein (Eds.), *Cuerpo, historia, interpretación: Piera Aulagnier – de lo originario al proyecto identificador* (pp. 117-170). Buenos Aires: Paidós.
- Bayle, F. (2005). *A Parentalidade*. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 317-343). Lisboa: Fim de Século.
- Biscaia, J. (1995). Fantasia materna e realidade. *Brotéria*, 140, 193-202.
- Bohlin, G., & Hagekull, B. (1987). “Good mothering”: maternal attitudes and mother-infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 8(4), 352-363.
- Borsa, J. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 2, 310-321.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: apego*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. (1994). *Tornar-se família – o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.

- Brazelton, T., & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1992). *Primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C., & Sherman, M. (1989). Attachment: the parental perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 203-221.
- Bydlowski, M. (1995). La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Eds), *Nouveau traité de psychologie de l'enfant et de l'adolescence, III* (pp. 1881-1891). Paris : PUF.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant - L'expérience intérieure de la maternité*. Paris : Odile Jacob.
- Caccia, N., Johnson, J., Robinson, G., & Barna, T. (1991). Impacto f prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165(4), 1122-1125.
- Camarneiro, A. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Carpenter, M., Nagell, K., & Tomasello, M. (1998). Social cognition, join attention and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 63(4), 1-176.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1994). *The changing life cycle: a framework for family therapy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Carvalho, M. (2011). *O bebé imaginário, as memórias dos cuidados parentais e as representações sonoro-musicais na gravidez no estudo da representação da vinculação materna pré-natal e da orientação para a maternidade*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.

- Coelho, E. (2009). *O planeamento da gravidez e a projecção da grávida através do desenho*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez – a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Condon, J. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Cramer, B. (1987). A psiquiatria do bebé: uma introdução. In T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi & M. Soulé (Eds.), *A dinâmica do bebé* (pp. 24-74). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cruz, M. (1990). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica*, 4(8), 367-370.
- Dayan, J. (1999). *Psychopathologie de la perinatalité*. Paris: Masson.
- Farrow, C. & Blissett, J. (2007). The development of maternal self-esteem. *Infant Mental Health Journal*, 28(5), 517-535. doi: 10.1002/imhj.20151
- Ferrari, A., Piccinini, C., & Lopes, R. (2007). O bebé imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305-313.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 521-539.
- Freud, S. (1968). Os dois princípios do suceder psíquico. In R. Rey Ardid (Eds.), *Obras completas* (pp. 321-329). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. (Obra original publicada em 1911)
- Fulton, J., Mastergeorge, A., Steele, J., & Hansen, R. (2012). Maternal perceptions of the infant: relationship to maternal self-efficacy during the first six weeks'

postpartum. *Infant Mental Health Journal*, 33(4), 329-338. doi: 10.1002/imhj.21323

George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: the caregiving behavioral system. In J. Cassidy, & P. Shaven (Eds), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 649-670). Nova York: Guilford.

Gianlupi, A. (2003). *Tornar-se mãe: a maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. Dissertação de Doutorado, Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Gomes, A. (2003). *A ultra-sonografia obstétrica e suas implicações na relação mãe-feto: impressões e sentimentos de gestantes com e sem diagnóstico de anormalidade fetal*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Grigoletti, L. (2005). A influência da ultra-sonografia na representação do filho imaginário – filho real. *Psico*, 36(2), 149-157.

Hane, A., Fox, N., Polak-Toste, C., Ghera, M., & Guner, B. (2006). Contextual basis of maternal perceptions of infant temperament. *Developmental Psychology*, 42(6), 1077-1088. doi: 10.1037/0012-1649.42.6.1077

James-Roberts, I., & Wolke, D. (1989). Do obstetric factors affect the mother's perception of her new-born's behavior? *British Journal of Developmental Psychology*, 7, 141-158.

Justo, J., Bacelar-Nicolau, H., & Dias, O. (1999). Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(1), 115-129.

Justo, J., & Marques, A. (2012). The portuguese version of the mother and baby scales (MABS). *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(1), 267-277.

Kiel, E. & Buss, K. (2010). Maternal expectations for toddlers' reactions to novelty: relations of maternal internalizing symptoms and parenting dimensions to

expectations and accuracy of expectations. *Parenting: Science and Practice*, 10, 202-218. doi: 10.1080/15295190903290816

Kimura, A. (1997). A construção da personagem mãe: considerações teóricas sobre identidade e papel materno. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 31(2), 339-343.

Kitzinger, S. (1978). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença.

Klaus, M., & Kennel, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: C. V. Mosby Company.

Klaus, M., & Klaus, P. (1989). *O surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kohut, H. (1974). *Le soi: la psychanalyse des transferts narcissiques*. Paris: PUF.

Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 253-266. doi: 10.1080/0264683021000033174

Leal, I. (1992). Psicologia da maternidade: alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 2(10), 229-234.

Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste: les interactions precoces*. Paris: Bayard.

Lebovici, S. (1995). Creativity and infant's competence. *Infant Mental Health Journal*, 16(1), 10-15.

Lyons, S. (1998). A prospective study of posttraumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2/3), 91-105.

Maldonado, M. (1991). *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes.

- Mangelsdorf, S., Gunnar, M., Kestenbaum, R., Lang, S., & Andreas, D. (1990). Infant proneness-to-distress temperament, maternal personality, and mother–infant attachment: Associations and goodness of fit. *Child Development, 61*(3), 820–831.
- Mannoni, M. (1981). *A criança atrasada e a mãe* (M. R. Duarte, Trad.). Lisboa: Moraes editores. (Obra original publicada em 1964)
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia, 4*(1), 65-90.
- Marques, L. (1995). O filho sonhado e o filho real. *Revista Brasileira de Educação Especial, 3*, 121-125.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi.
- Netto, M. & Duarte, L. (2010). Frankenstein na UTI neonatal: o conflito entre o filho real e o filho imaginário. *Psicanálise & Barroco, 8*(1), 175-188.
- O'Connor, S., Viezte, P., Sherrod, K., Sandler, H., & Altmeier, W. (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics, 66*(2), 176-182.
- Olson, S., Bates, J., & Bayles, K. (1989). Predicting long-term development outcomes from maternal perceptions of infant and toddler behavior. *Infant Behavior & Development, 12*, 77-92.
- Piccinini, C., Gomes, A., Moreira, L., & Lopes, R. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebé. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*(3), 223-232.
- Piccinini, C., Gomes, A., Nardi, T., & Lopes, R. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo, 13*(1), 63-72.

- Piccinini, C., Moura, M., Ribas, A., Bosa, C., Oliveira, E., Pinto, E., Schermann, L., & Chahon, V. (2001). Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebé/criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 469-485.
- Pinho, D. (2009). *Conhecimentos dos pais acerca das capacidades sensoriais do recém-nascido*. Monografia de Licenciatura, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Raphael-Leff, J. (2001). *Pregnancy: the inside story*. Londres: Karnac.
- Raphael-Leff, J. (2005). *Psychological processes of childbearing*. Londres: Anna Freud Centre.
- Riazuelo, H. (2010). Représentations maternelles au cours d'une première et d'une seconde grossesse. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58, 448-455. doi: 10.1016/j.neurenf.2010.05.006
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. Nova York: Springer.
- Sereno, S., Maroco, J., Correia, M., & Leal, I. (2012). Versão portuguesa do mother and baby scales (MABS). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 447-458.
- Slade, A., & Cohen, L. (1996). The process of parenting and the remembrance of things past. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 217-238.
- Souza, E. & Pedroso, J. (2011). O papel do exame ultrassonográfico na representação do bebé imaginário em primigestas. *Mal-estar e Subjectividade*, 11(4), 1491-1520.
- Spitz, R. (1981). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stern, D. (1997). *Constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Stern, D. (1998). *The birth of a mother: how the motherhood experiences changes you forever*. Nova York: Basic Books.

- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Theran, S., Levendosky, A., Bogat, G., & Huth-Bocks, A. (2005). Stability and change in mothers' internal representations of their infants over time. *Attachment & Human Development*, 7(3), 253-268. doi: 10.1080/14616730500245609
- Verhage, M., Oosterman, M., & Schuengel, C. (2013). Parental self-efficacy predicts perceptions of infant negative temperament characteristics, not vice versa. *Journal of Family Psychology*, 27(5), 844-849. doi: 10.1037/a0034263
- Wendland, J. (2001). A abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 45-56.
- Winnicott, D. (1965). *Family and individual development*. Londres: Routledge.
- Winnicott, D. (1988). *Babies and their mothers*. Londres: Free Association.
- Winnicott, D. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1958)
- Wolke, D. (1995). Parents' perceptions as guides for conducting NBAS clinical sessions. In T. Brazelton & J. Nugent (Eds.), *Neonatal behavioral assessment scale* (pp. 117-125). Londres: Mac Keith Press.
- Zamberlan, M. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 399-406.