

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A INFLUÊNCIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS
MATERNOS NA PERCEÇÃO MATERNA ACERCA DO SONO
DOS BEBÉS NASCIDOS DE PRÉ-TERMO**

Maria Ana Rosa Silva Sintra Coelho

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia
Clínica Dinâmica

2021

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A INFLUÊNCIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS
MATERNOS NA PERCEÇÃO MATERNA ACERCA DO SONO
DOS BEBÉS NASCIDOS DE PRÉ-TERMO**

Maria Ana Rosa Silva Sintra Coelho

Orientador: Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia
Clínica Dinâmica

2021

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer ao Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo pela paciência que teve comigo ao longo deste ano, na ajuda e persistência de que se pode fazer sempre melhor e ir um bocadinho mais além! Pelos conhecimentos e ensinamentos que me transmitiu, que levarei comigo para a vida.

Agradeço a todas as mães que participaram no estudo e que ajudaram a concluir mais uma faceta da minha vida de estudante!

Agradecer especialmente à minha família, que sempre me apoiou e deu forças para continuar, por ser a minha rede de apoio, suporte e segurança, agora e sempre, o meu eterno obrigado. À minha mãe que perguntava sempre como estava a correr, e que notava sempre que estava menos motivada, ao meu pai que me faz sempre rir quando preciso e que me apoia incondicionalmente. Ao meu irmão, especialmente, porque a garra de terminar esta fase, com ele, resumia-se a um jantar juntos – parece que é só o meu este ano! E aos meus avós, que estão sempre comigo, que me ligam todas as semanas para dar um beijinho especial de força e de motivação. A todos vós que me fazem acreditar que consigo alcançar o mundo!

Um obrigado muito querido ao meu namorado, que me apoiou durante este percurso final, que esteve sempre presente para me animar, para me dar força e motivar para continuar sem desistir. A ti, que sempre mostraste o orgulho que sentias por mim e pelo que estava a alcançar, que me mimou e mostrou sempre o lado mais bonito do mundo, um obrigado “daqui até à lua”.

Aos meus colegas eternos, Diana Gouveia, Marco Varela, Margarida Paulino e Sara Mangerona, que me acolheram e estiveram comigo nos últimos cinco anos, quero agradecer as memórias, os risos, os jogos e, especialmente, os matraquilhos. À Marina

Vukobrad que conheci em Erasmus e que levo para a vida, que me puxa para fazer sempre mais e que me motiva sempre, um obrigado! Aos meus amigos de infância e secundário, Bêa, Nené, Telma, Johnny e Mary, obrigada pelos anos de confiança, carinho e suporte, que se mantenham sempre assim! A todos aqueles que cruzaram o meu caminho e que me fizeram crescer e ser melhor, obrigada!

Para terminar, gostava de agradecer à Faculdade de Psicologia por ser a minha casa neste percurso, por tudo o que aprendi lá e por tudo o que levo comigo.

Resumo

Objetivo: O objetivo principal proposto prende-se com a necessidade de entender de que forma a qualidade dos cuidados maternos prestados aos bebés nascidos de pré-termo influenciam a perceção materna do sono dos bebés. **Amostra:** Mães (N = 32) de bebés entre os 6 e os 12 meses de idade cronológica que tenham nascido de pré-termo.

Instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico; Questionário da Perceção Materna acerca do Sono do Bebé Nascido de Pré-Termo (Coelho, 2020); Escala de Investimento Parental na Criança de Bradley e colegas (1997; versão portuguesa: Gameiro et al., 2008) e Questionário das Características do Bebé de Bates e colegas (1979; versão portuguesa: Soares et al., 2010). **Hipótese:** Espera-se que a qualidade dos cuidados maternos prestados aos bebés nascidos de pré-termo dê um contributo significativo para a explicação da variância estatística da perceção materna do sono destes bebés. **Resultados:** A perceção materna sobre os cuidados prestados ao bebé não influencia significativamente a perceção do sono dos bebés nascidos de pré-termo. Verificou-se, no entanto, que a perceção materna sobre o temperamento do bebé parece ser uma variável que contribui para a explicação da perceção materna do sono dos bebés. **Conclusão:** A perceção materna sobre os cuidados maternos não mostra ser a variável com maior influência sobre a variância do sono dos bebés, mas sim a perceção materna do temperamento do bebé. Vários aspetos poderão estar associados a estes resultados, nomeadamente o facto de lidarmos com a perceção materna e não com comportamentos, a relação entre os cuidadores e as práticas parentais ou as próprias estratégias utilizadas, de forma individualizada, pela mãe, na rotina do sono e consequentes cuidados.

Palavras-chave: bebés pré-termo; sono, cuidados maternos; interação; regulação.

Abstract

Main goal: To study how the quality of maternal individual care for premature born infants can influence maternal perception about the infants' sleep. **Sample:** Mothers (N = 32) of premature born infants having chronological ages between 6 and 12 months. **Instruments:** Sociodemographic and Clinical Questionnaire; The Maternal Perception regarding Preterm Infant's Sleep Questionnaire (Coelho, 2020); Parental Investment in Children Scale (Bradley et al., 1997; Portuguese version of Gameiro et al., 2008) and Infant Characteristics Questionnaire (Bates et al., 1979; Portuguese version of Soares et al., 2010). **Hypothesis:** It is expected that the quality of the maternal care given to premature born infants can contribute to explain the statistical variance of maternal perception of the infants' sleep. **Results:** Mothers' perception about their own maternal individual care for their premature born infants' sleep does not influence maternal perception of the infants' sleep in a significant way. However, we could conclude that, in fact, the variable affecting and altering the results about maternal perception of the infants' sleep is the maternal perception over the infants' temperament. **Conclusion:** Maternal perception of maternal individual care for preterm infants is not the variable with the greatest influence on the variance of the infants' sleep, but the maternal perception about the infants' temperament. Several associated factors can explain these results, namely the fact that we are working with maternal perceptions and not behaviors, the relation between caregivers and parental practices or the strategies used, individually, by the mother, in the sleep routine and consequent care.

Keywords: premature born infants; sleep; maternal care; investment; regulation.

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Enquadramento Teórico | 1 |
| 1.1 O Bebê Nascido de Pré-Termo | 1 |
| 1.1.1 Prevalência..... | 1 |
| 1.1.2 Etiologia e Fatores de Risco | 2 |
| 1.2 Investimento Parental e Relação Mãe-Bebê | 3 |
| 1.2.1 Representações maternas dos bebês pré-termo | 4 |
| 1.2.2 Representações maternas e vinculação..... | 5 |
| 1.2.3 A prematuridade e a díade mãe-bebê | 7 |
| 1.3 Temperamento | 9 |
| 1.4 Autorregulação..... | 11 |
| 1.5 O Sono dos Bebês | 12 |
| 2. Problema de investigação, objetivos e hipóteses gerais..... | 15 |
| 2.1 Problema de Investigação | 15 |
| 2.2 Relevância do problema de investigação..... | 15 |
| 2.3 Objetivos da investigação | 15 |
| 2.3.1 Objetivo Geral | 15 |
| 2.3.2 Objetivos Específicos | 15 |
| 2.4 Hipótese Geral | 16 |
| 3. Metodologia | 17 |
| 3.1 Definição de Variáveis..... | 17 |
| 3.2 Operacionalização de Variáveis..... | 17 |
| 3.2.1 Questionário Sociodemográfico | 17 |
| 3.2.2 Escala do Investimento Parental na Criança..... | 18 |

| | | |
|--------|---|----|
| 3.2.3 | Questionário da Perceção Materna acerca do Sono de Bebés Nascidos de Pré-Termo..... | 20 |
| 3.2.4 | Questionário das Caraterísticas do Bebé | 27 |
| 3.3 | Hipóteses Específicas | 29 |
| 3.4 | Procedimento | 30 |
| 3.4.1 | Recolha de Dados <i>On-line</i> | 31 |
| 3.4.2 | Critérios de Inclusão na Amostra | 33 |
| 3.4.3 | Critérios de Exclusão da Amostra | 33 |
| 3.4.4 | Aplicação | 33 |
| 3.5 | Caraterização da Amostra | 34 |
| 4. | Resultados | 39 |
| 4.1 | Regressão Linear Hierárquica Múltipla | 39 |
| 4.2 | Testagem das Hipóteses Específicas..... | 40 |
| 4.2.1 | Testagem da Hipótese Específica 1 | 40 |
| 4.2.2 | Testagem da Hipótese Específica 2 | 41 |
| 4.2.3 | Testagem da Hipótese Específica 3 | 41 |
| 4.2.4 | Testagem da Hipótese Específica 4 | 42 |
| 4.2.5 | Testagem da Hipótese Específica 5 | 42 |
| 4.2.6 | Testagem da Hipótese Específica 6 | 43 |
| 4.2.7 | Testagem da Hipótese Específica 7 | 44 |
| 4.2.8 | Testagem da Hipótese Específica 8 | 44 |
| 4.2.9 | Testagem da Hipótese Específica 9 | 45 |
| 4.2.10 | Testagem da Hipótese Específica 10 | 45 |
| 4.2.11 | Testagem da Hipótese Específica 11 | 47 |
| 4.2.12 | Testagem da Hipótese Específica 12 | 47 |

| | |
|--|----|
| 5. Discussão de Resultados | 49 |
| 6. Conclusão, limitações e sugestões futuras | 53 |
| Referências Bibliográficas..... | 55 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Consistência Interna da Escala e Subescalas da EIPC..... | 19 |
| Tabela 2. Medidas de Tendência Central e Dispersão da Escala e Subescalas da EIPC | 19 |
| Tabela 3. Descrição Sociodemográfica das Mães da Amostra de Validação do QPMSBP | 21 |
| Tabela 4. Descrição Clínica das Mães da Amostra de Validação do QPMSBP..... | 22 |
| Tabela 5. Descrição Sociodemográfica e Clínica dos Bebés da Amostra de Validação do QPMSBP | 23 |
| Tabela 6. Análise Fatorial dos 20 itens do QPMSBP com Rotação Equamax..... | 24 |
| Tabela 7. Consistência Interna da Escala Completa e Subescalas do QPMSBP na amostra de validação | 25 |
| Tabela 8. Medidas de Tendência Central e de Dispersão da Escala e Subescalas do QPMSBP na Amostra de Validação | 26 |
| Tabela 9. Consistência Interna da Escala Completa e Subescalas QPMSBP..... | 26 |
| Tabela 10. Medidas de Tendência Central e de Dispersão da Escala e Subescalas do QPMSBP | 27 |
| Tabela 11. Consistência Interna da Escala e Subescalas do QCB | 28 |
| Tabela 12. Medidas de Tendência Central e de Dispersão da Escala e Subescalas do QCB | 29 |
| Tabela 13. Caracterização Sociodemográfica das Mães | 34 |
| Tabela 14. Caracterização Clínica das Mães | 36 |
| Tabela 15. Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Bebés..... | 37 |

| | |
|---|----|
| Tabela 16. Regressão Linear; VD – Dormir Mal, Acordar, Chorar (QPMSBP); VI – Aceitação do Papel Parental (EIPC)..... | 40 |
| Tabela 17. Regressão Linear; VD – Presença para Adormecer (QPMSBP); VI – Aceitação do Papel Parental (EIPC)..... | 41 |
| Tabela 18. Regressão Linear; VD – Escala Completa (QPMSBP); VI – Aceitação do Papel Parental (EIPC)..... | 41 |
| Tabela 19. Regressão Linear; VD – Dormir Mal, Acordar, Chorar (QPMSBP); VI – Prazer (EIPC)..... | 42 |
| Tabela 20. Regressão Linear; VD – Presença para Adormecer (QPMSBP); VI – Prazer (EIPC)..... | 43 |
| Tabela 21. Regressão Linear; VD – Escala Completa (QPMSBP); VI – Prazer (EIPC)..... | 43 |
| Tabela 22. Regressão Linear; VD – Dormir Mal, Acordar, Chorar (QPMSBP); VI – Conhecimento e Sensibilidade (EIPC) | 44 |
| Tabela 23. Regressão Linear; VD – Presença para Adormecer (QPMSBP); VI – Conhecimento e Sensibilidade (EIPC) | 44 |
| Tabela 24. Regressão Linear; VD – Escala Completa (QPMSBP); VI – Conhecimento e Sensibilidade (EIPC) | 45 |
| Tabela 25. Regressão Linear; VD – Dormir Mal, Acordar, Chorar (QPMSBP); VI – Escala Completa (QCB) | 46 |
| Tabela 26. Regressão Linear; VD – Presença para Adormecer (QPMSBP); VI – Escala Completa (QCB)..... | 47 |
| Tabela 27. Regressão Linear; VD – Escala Completa (QPMSBP); VI – Escala Completa (QCB)..... | 47 |

Índice de Anexos

Anexo I. Consistência Interna da Escala e Subescala da EIPC

Anexo II. Estatística Descritiva das Variáveis Psicométricas da Escala e Subescalas da EIPC, QPMSBP e QCB

Anexo III. Texto de Divulgação do Estudo – Validação

Anexo IV. Estatística Descritiva da Amostra de Validação do QPMSBP

Anexo V. Análises Fatoriais dos 20 itens do QPMSBP

Anexo VI. Consistência Interna e Estatística Descritiva das Variáveis Psicométricas da Escala e Subescalas da Amostra de Validação do QPMSBP

Anexo VII. Consistência Interna da Escala e Subescalas QPMSBP

Anexo VIII. Consistência Interna da Escala e Subescala do QCB

Anexo IX. Texto de Divulgação do Estudo – Testagem de Hipóteses

Anexo X. Consentimento Informado

Anexo XI. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo XII. Escala de Investimento Parental na Criança (EIPC)

Anexo XIII. Questionário da Percepção Materna acerca do Sono de Bebés Nascidos de Pré-Termo (QPMSBP)

Anexo XIV. Questionário das Características do Bebê (QCB)

Anexo XV. Análise da Estatística Descritiva da Amostra do Estudo

Anexo XVI. Testagem do Ajustamento à Distribuição Normal Teórica

Anexo XVII. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 1

Anexo XVIII. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 2

Anexo XIX. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 3

Anexo XX. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 4

Anexo XXI. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 5

Anexo XXII. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 6

Anexo XXIII. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 7

Anexo XXIV. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 8

Anexo XXV. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 9

Anexo XXVI. Análise de Multicolinearidade

Anexo XXVII. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 10

Anexo XXVIII. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 11

Anexo XXIX. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 12

1. Enquadramento Teórico

1.1 O Bebê Nascido de Pré-Termo

Os partos pré-termo e o conseqüente nascimento precoce de bebês têm aumentado e, com ele, o crescente interesse pela percepção e entendimento de como os pais destes bebês lidam com as novas vivências da situação de prematuridade. O relacionamento precoce com os bebês é um momento muito importante na vida dos recentes pais, mais ainda quando as expectativas criadas para o nascimento são dizimadas pela avalanche de problemas que daí advém e com os quais ninguém está preparado para lidar. Os novos pais questionam-se com ainda mais dúvidas sobre como se devem relacionar com o bebê prematuro que têm nas mãos, os medos e as ansiedades aumentam, percebendo o seu bebê como frágil e vulnerável (Linhares et al., 2000), condicionando, desta forma, a interação entre os cuidadores e o recém-nascido (Allen et al. 2004).

1.1.1 Prevalência

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o bebê nascido de pré-termo como aquele que nasce até às 37 semanas de gestação (WHO, 2018). A definição tem sido ajustada ao longo dos anos, mas, atualmente, a correta forma adotada é “pré-termo” visto referir-se a um nascimento antes do termo, ou seja, antes do término previsto para uma gestação normativa (37 a 42 semanas).

Calcula-se que, por ano, nasçam aproximadamente 15 milhões de bebês pré-termo, representando mais de 1 nascimento pré-termo em cada 10 nascimentos de bebês termo, sendo que este valor tem vindo a ser cada vez mais alto nos últimos 20 anos (Liu et al., 2016). Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) estima que nasçam cerca de 1000 bebês pré-termo por ano (SPP, 2014). As 37 semanas, acima referenciadas para limite da definição do bebê nascido de pré-termo, representam o

tempo de gestação crítico para o correto desenvolvimento e maturação intrauterino, bem como para a adaptação do corpo da mãe para o parto (Quinn et al., 2016). Mais se acrescenta que, o risco de complicações do estado de saúde diminui quanto maior for a idade gestacional do recém-nascido pré-termo (Formiga & Linhares, 2009).

A prematuridade tem três classificações, conforme o tempo de gestação do bebê pré-termo: bebês pré-termo extremos (< 28 semanas), bebês muito pré-termo ($28 \leq 32$ semanas) e bebês pré-termo moderados a tardios ($32 \leq 37$ semanas completas de gestação). A idade gestacional é primordial na classificação do bebê nascido de pré-termo. Porém, durante largos anos, era o peso que definia esta classificação. Em 1892, Pierre Budin, primeiro investigador na temática da prematuridade, concluiu que o bebê pré-termo era aquele que nascia com um peso igual ou inferior a 2500 gramas (Scochi et al., 1996). No mesmo seguimento, o *National Health and Research Council* (NHRC, 2000) classifica os bebês nascidos de pré-termo nos seguintes parâmetros: baixo peso ao nascer (1500g-2500g), muito baixo peso ao nascer (1000g-1500g) e extremamente baixo peso ao nascer (menos de 1000g). O atraso/comprometimento no desenvolvimento do bebê está diretamente relacionado com o peso: quanto menor este for, maior é o risco de comprometimento do desenvolvimento (Caçola & Bobbio, 2010). Pelo fator idade gestacional e pelo fator peso, podemos ter um olhar mais aprofundado sobre o desenvolvimento e maturação dos diversos sistemas, o que ajuda na previsão e melhor orientação sobre os problemas que possam advir do nascimento pré-termo.

1.1.2 Etiologia e Fatores de Risco

Ainda que a investigação dentro da área da prematuridade e o avanço científico que teve seja de louvar, a verdade é que os fatores associados aos mecanismos responsáveis pelo parto pré-termo ainda não estão completamente delineados. Contudo, existem

evidências científicas de que entre eles estão implicados fatores bioquímicos, imunológicos, histopatológicos e anatómicos.

Relembrando que o parto pré-termo acontece por uma multiplicidade de fatores, estima-se também que 20 a 30% dos casos aconteçam de forma espontânea, 30 a 40% devido à rotura das membranas e que 35 a 40% dos casos são por indicação médica devido a problemas adjacentes (SPP, 2014). A SPP (2014) avança ainda que, de entre os fatores de risco, se encontram: (1) características maternas (e.g., idade jovem da mãe, gravidez na adolescência; idade avançada da mãe, acima dos 35 anos; nível socioeconómico baixo), (2) saúde materna (e.g., infeções, ainda que a causa exata dos partos espontâneos não tenha sido determinada, existe uma forte correlação entre os mesmos e a infeção intrauterina, associada a mais de 40% dos casos, particularmente quando se tratam de idades gestacionais muito precoces; no caso de partos pré-termo associados à rotura de membranas, parece também haver uma grande interligação, sendo as infeções responsáveis por cerca de 60% dos casos; condições crónicas, como diabetes, hipertensão, obesidade, doenças autoimunes, depressão), (3) hábitos maternos (e.g., consumos), (4) complicações obstétricas (e.g., problemas uterinos ou na placenta), (5) gravidezes antecedentes (e.g., partos pré-termo; gravidezes gemelares ou com pouco intervalo); (6) eventos stressantes e/ou ocorrências traumáticas (e.g., perda de alguém significativo; acidentes ao próprio ou a outros), (7) a saúde do bebé (e.g., anomalias fetais) e (8) preponderâncias genéticas (Barfied, 2018; INE, 2020).

1.2 Investimento Parental e Relação Mãe-Bebé

O desenvolvimento de um bebé é um processo complexo, com as suas particularidades pela necessidade de um ambiente e comportamentos de maior proteção para com o recém-nascido. O bebé pré-termo tem um desenvolvimento desfavorável, à partida, pelo contexto subjacente, influenciado não só pelas condições médicas como

também pelo ambiente familiar e social, que precisa de se adaptar rapidamente às novas necessidades. Assim, um contexto familiar adequado pode desencadear mecanismos de proteção psicossociais para os bebês pré-termo (Nobre et al., 2009).

Além das complicações médicas que podem advir do nascimento pré-termo, este apresenta características próprias que podem conturbar a relação mãe-bebé, representando um risco acrescido para a qualidade da interação e para o bem-estar materno e do bebê. Ionio e Di Blasio (2014) estudaram as possíveis características adjacentes a estes sentimentos e encontraram como fatores a fragilidade física e fisiológica e, ainda, a própria aparência do bebê. Porém, existem mais características relacionadas com fatores psicológicos como a menor emocionalidade positiva, maiores dificuldades de autorregulação (Chiodelli et al., 2020), menor preparação para responder aos estímulos do meio e, por isso, menor responsividade nas interações e nas relações (Forcada-Guex et al., 2006; Hoffenkamp et al., 2015; Yaari et al., 2018). Outros autores apontam diferentes fatores, como as representações maternas construídas sobre o bebê (Fuertes et al., 2011) e a sensibilidade materna (Fuertes et al., 2016), que demonstram influenciar a qualidade da interação.

Neste seguimento, é perceptível que o vínculo mãe-bebé, como relação primária primordial, é essencial para o desenvolvimento do bebê, especialmente no primeiro ano de vida. Este vínculo padece de cuidados cruciais para o desenvolvimento não só físico como também emocional do bebê, na sua construção e crescimento. O desenvolvimento deste vínculo mãe-bebé poderá ser afetado pelas condições adversas do nascimento antes do termo.

1.2.1 Representações maternas dos bebês pré-termo

Ainda que sejam poucos os estudos que explorem as representações maternas dos bebês nascidos de pré-termo, os resultados parecem apontar para uma grande

diferenciação entre as representações criadas para os bebês que nascem de termo e os bebês pré-termo. Fuertes e colegas (2011) realizaram um estudo longitudinal no qual exploraram os efeitos das representações maternas sobre a vinculação aos seus bebês. Os resultados obtidos são comparativos entre representações criadas por mães de bebês de termo e mães de bebês de pré-termo, e concluem que as mães de bebês nascidos de pré-termo têm tendência a elaborar representações mais negativas da gravidez e do parto, revelando níveis superiores de preocupação face à saúde e desenvolvimento do bebê. Relativamente à vinculação, as mães de bebês pré-termo revelaram-se mais otimistas e confiantes quanto às capacidades de se relacionarem positivamente com os seus filhos. Os resultados mostram, ainda, uma certa continuidade das representações maternas entre os primeiros dias de vida e os 9 meses, sendo que aos 12 meses a vinculação segura relacionou-se com as representações maternas positivas dos 9 meses. Entende-se, assim, a importância e a envolvimento das representações maternas dos seus bebês na futura vinculação estabelecida com os mesmos.

1.2.2 Representações maternas e vinculação

Tendo esclarecido a importância de abordar as representações maternas para as futuras vinculações entre mãe-bebê, Bowlby (1969) vem descrever a vinculação como uma relação privilegiada e duradoura no tempo. O “diálogo comportamental” é a interação entre a mãe e o bebê, que objetiva a comunicação entre as duas partes e a partilha do prazer de estarem juntos (Camarneiro et al., 2009). Mason e colegas (2011) descreveram que a interação mãe-bebê se inicia precocemente, num processo que vem desde o puerpério e que está em constante adaptação e regulação mútua, envolvendo comportamentos de toque e de olhar, numa resposta a uma proximidade, compromisso e reciprocidade entre os dois elementos. Estes comportamentos assumem um papel

primordial na interação da díade, tornando o bebê um agente ativo na relação (Camarneiro et al., 2009).

A relação de vinculação inicia-se num processo biológico, ainda aquando do nascimento, pelo qual a mãe irá idealizar o seu bebê tendo por base as representações que constrói do que será a maternidade. A interação mãe-bebê, que se inicia ainda na gestação, é carregada de emoções e sentimentos que constituem a vinculação emocional dos novos pais com o bebê, ainda idealizado. Com o nascimento, instala-se uma nova fase: é o início da formação de um vínculo entre duas pessoas (Almeida e Silva et al., 2013). Durante a gravidez os pais constroem a representação de um bebê saudável e preparam-se para o seu nascimento (Stern, 2000); um bebê prematuro constitui uma quebra desta expectativa e da idealização da mãe. Estas representações poderão ser entendidas como experiências internas significativas e subjetivas acerca das facetas da maternidade: o ser mãe, o ter um bebê e o desenvolver de uma relação a dois.

Ainda que as representações maternas não constituam um preditor da vinculação, são vários os estudos que nos indicam nesse caminho (e.g., Hugh-Bocks et al., 2004; Sokolowski et al., 2007; van der Mark et al., 2002; Zeanah et al., 1994). Mais ainda, tem sido provado que representações maternas de cariz equilibrado e positivo têm influência no desenvolvimento de uma vinculação segura (e.g., Benoit, et al., 1997; Bretherton et al., 1989; Cox et al., 2000; Izard et al., 1991; Kochanska, 1998; Korja, et al., 2009; Thun-Hohenstein et al., 2008; Zeanah et al., 1994).

Uma das grandes dificuldades da mãe em criar representações deste bebê novo é o facto de existir uma rutura na construção desta imagem. Gomes (2001), explica que, ao não terminar o terceiro trimestre da gravidez, a mãe pode não ter desenvolvido psicologicamente este filho que agora já é real, deparando-se com um bebê mais frágil/fragilizado e muito diferente do imaginado.

1.2.3 A prematuridade e a díade mãe-bebé

O nascimento de um bebé pré-termo representa, para a família, uma situação de flagelo psicológico. O nascimento prematuro é uma situação de grande ansiedade, em que o bebé passa de um ambiente intrauterino protegido para um meio exterior para o qual não está preparado e com o qual não consegue criar respostas interativas eficazes (Camarneiro et al., 2009). Por esta mesma razão, as dificuldades que o bebé nascido de pré-termo enfrenta são superiores às dos bebés de termo que, à partida, nascem com algumas defesas para o novo mundo. Estas dificuldades podem traduzir-se ao nível dos mecanismos biológicos que se demonstram imaturos para as adversidades (Madenn, 2000), bem como ao nível de alterações clínicas pós-natais (Medeiros et al., 2009). É importante referir que, ainda assim, a grande parte dos bebés que nascem de pré-termo apresentam um desenvolvimento dentro do normativo e sem graves problemas e complicações; porém, quanto menor a idade gestacional do bebé, maiores são os riscos que acrescem às dificuldades de desenvolvimento (Twilhaar et al., 2018).

Aquando do nascimento e com as expectativas criadas ao longo da gestação, pela mãe e pela família, o nascimento prematuro é um evento que coloca em causa tudo o que foi imaginado até então, fechando a janela do bebé imaginado quando confrontados com a realidade, o que pode afetar as relações familiares (Green et al., 2015). Vários autores são concordantes com a asserção de que a aceitação da prematuridade é um momento gerador de grande ansiedade, tanto pela implicação dos riscos inerentes a uma nova descoberta sem tempo de processamento (Gallegos-Martinez et al, 2013; Lasiuk et al., 2013; Misund et al., 2014; Mianae et al., 2014; Stern et al., 1998), como pelo facto de se depararem com o risco da luta pela sobrevivência do seu filho (Carter et al., 2004; Gallegos-Martinez et al., 2013).

Confrontados com a realidade e com o decréscimo das expectativas criadas e geradas durante o período de imaginação do que seria o bebê real, o bebê nascido de pré-termo dá agora espaço para novas elaborações. O processo de interação e de vinculação na díade mãe-bebê constrói-se numa dualidade de questionamentos subjetivos e respostas comportamentais do bebê. A pesquisa relativa à importância dos padrões de interação entre mãe-bebê e a evidência científica têm vindo a crescer nos últimos tempos. Vários autores apontaram a relevância da qualidade da relação mãe-bebê durante o primeiro mês de vida para o conseqüente desenvolvimento infantil (Fraley et al., 2013; Vandell et al., 2010). Winnicott (1990) defendia que a família é a maior rede de apoio e de cuidados para um bebê, mas que a mãe detém o papel de maior importância no desenvolvimento e nas aprendizagens individuais para o crescimento, por apresentar uma maior facilidade no entendimento e identificação com o filho. É através desta facilidade na compreensão que a díade mãe-bebê começa e é potenciada pelas respostas comportamentais adequadas aos estímulos e necessidades do bebê, resultando, quando apropriado, num vínculo seguro (Ainsworth et al., 1978; Grienberger et al., 2005; De Wolff & van Ijzendoorn, 1997). É através desta capacidade de dedicar, no momento certo, toda a atenção ao bebê, satisfazendo todas as necessidades (e.g., alimentação, higiene, sono, entre outras), que Winnicott (1993) explica o sentimento de unidade entre duas pessoas.

Tal como Winnicott, Bowlby (1988) defendia que a mãe detém, na relação diádica e nas interações do bebê com outros, o papel de maior importância para o desenvolvimento infantil. A mãe funciona aqui como um modelo para as futuras relações do bebê, porque é com ela que ele vai aprender a relacionar-se, sendo essa a base para futuras interações e vínculos. Estando perante uma mãe sensível às necessidades do seu bebê, irá potenciar uma sincronia entre os dois que, por sua vez, irá

gerar, quando bem correspondida, uma base de segurança para o bebé estabelecer novos relacionamentos. Quando ocorre uma desregulação nesta interação primária, esta poderá resultar em graves consequências para o bebé. É durante o primeiro ano de vida que as experiências mais significativas contribuem com maior força para o desenvolvimento de variados aspetos da personalidade do bebé, e também da sua saúde mental. Segundo Bowlby (1969), a vinculação representa um sistema comportamental que assegura a proteção da criança em desenvolvimento, ou seja, a relação da vinculação está focada na regulação da segurança (Soares, 2001). Neste sentido, este processo implica não só a proteção, por parte da figura materna, dos perigos do ambiente circundante, como também a prestação de cuidados enquanto resposta às suas necessidades.

Braga e Morsch (2004) explicam que o bebé que nasce de pré-termo não teve o tempo necessário para se preparar para a separação do corpo da mãe, podendo originar um sentimento de solidão para o bebé. Pelas complicações associadas ao nascimento prematuro, possíveis internamentos e hospitalizações, poderão prejudicar a relação mãe-bebé devido ao afastamento, medo e ansiedade, significando que o vínculo e o comportamento adaptativo da mãe vão estar igualmente influenciados e afetados (Moreira, 2007; Pergher et al., 2014).

Deste modo, Almeida e Silva e colegas (2013) concluem que o grande objetivo do sistema de vinculação é a regulação comportamental, de forma a criar um contacto próximo e privilegiado com a figura vinculativa.

1.3 Temperamento

Os estudos relacionados com o temperamento tiveram início na década de cinquenta, mas foram Thomas e Chess, em 1977 (citado por Goldsmith et al., 1987), que avançaram significativamente sobre o mesmo. Destes estudos resultaram três classificações do temperamento: (1) fácil, em que as crianças não mostram dificuldades

de adaptação a estados novos nem elevadas irregularidades nos seus estados e funções biológicas, não requerendo uma atenção tão grande dos pais; (2) difícil, onde as crianças apresentam humor negativo, reagem com grande intensidade a situações que requerem alguma adaptação e predisposição, mostram irregularidade nos seus estados e requerem uma maior atenção e cuidado por parte dos pais; e (3) lento para reagir, em que existe uma resposta negativa às mudanças no ambiente, mas ao qual a criança se acaba por adaptar e regular ao longo do tempo exposto (Thomas et al., 1963, citado por Putnam et al., 2002; Muris & Ollendick, 2005).

Mais tarde, Thomas e Chess (1968, citado por Rothbart & Garstein, 2009) definem o temperamento como o estilo de comportamento adotado perante motivações e percepções individuais, que começa a ser desenvolvido desde o nascimento e que, portanto, tem uma grande influência dos respetivos cuidadores. Desta forma, podemos definir o temperamento como um conjunto de características psicológicas inerentes ao ser individual e que estão na base do seu comportamento. O temperamento em si é multifatorial, sendo influenciado por fatores biológicos, ambientais e culturais; porém, a identificação de características comportamentais/temperamentais está associada às crenças dos próprios pais sobre o comportamento do seu bebé e, portanto, relaciona-se também com a interação que é estabelecida entre as díades (Zentner & Bates, 2008). A própria avaliação que a mãe elabora sobre o temperamento do seu bebé pode influenciar os cuidados que presta ao mesmo e as estratégias que utiliza (Putnam et al., 2002), sendo possível observar um aumento no uso de estratégias negativas relacionadas com o temperamento percecionado como difícil.

A forma como o bebé responde ao ambiente que o envolve é uma demonstração do seu temperamento. A mãe, neste contexto, tem uma relação favorecida para interagir com o bebé, sendo que este vínculo poderá ser afetado pelas respostas do bebé e pela

avaliação e elaboração da mãe. À medida que o bebê interage com o ambiente, as interações dentro da díade tornam-se mais complexas porque o comportamento passa a ganhar um significado maior: o bebê começa a agir em função das consequências (ganhos vs. perdas) (Skinner, 2003). A percepção materna sobre o temperamento dos bebês pode influenciar as interações da díade; certas características comportamentais como a frequência, intensidade e duração do choro/gritos e a variabilidade dos estados de sono podem ter um contributo significativo para que as interações diádicas sejam menos prazerosas. Por outro lado, estes estados podem também eles ser influenciados pela relação vinculativa da díade (van den Boom & Hoeksma, 1994).

1.4 Autorregulação

Vários autores são concordantes de que os processos regulatórios, numa fase precoce do desenvolvimento, se desenrolam sobretudo em torno da regulação fisiológica que engloba o controlo da temperatura corporal e o ciclo de vigília e sono. Conquistadas as regulações de ordem fisiológica, até aos 24 meses de idade, pressupõe-se que a criança adquira seguidamente a regulação emocional, na qual se mostra relevante o controlo das emoções básicas, como o medo e a raiva (e.g., Feldman, 2009; Klein et al., 2011; Klein et al., 2009; Olson et al., 2009; Rothbart & Bates, 2006; Sameroff, 2009).

A autorregulação traduz-se na capacidade de monitorizar e modular a emoção, a cognição e o comportamento de forma a superar o objetivo de nos adaptarmos e regularmos às obrigações cognitivas e sociais das situações em que nos encontramos (Sroufe, 1995). Emde (2000) constatou que o desenvolvimento da autorregulação representa o início do desenvolvimento moral, envolvendo o cumprimento e a capacidade imediata de pensar sobre a ação. O estilo educativo dos pais influencia não só a aquisição de comportamentos autorregulatórios, como também os próprios comportamentos.

O bebê, que ainda está numa construção muito precoce da identidade e do *self*, é precoce no desenvolvimento, ou seja, o bebê que nasce precisa de um auxílio focalizado e individualizado no seu desenvolvimento para crescer. As interações socioemocionais precoces na infância são de extrema importância neste desenvolvimento individual e crescimento pessoal, visto ainda não ter adquirido ferramentas simbólicas da linguagem, nem capacidades regulatórias emocionais, que estão paralelamente em desenvolvimento (Sroufe, 2003; Miller et al., 2002). Outros autores concordantes desta perspectiva do desenvolvimento completam que a relação entre o diálogo emocional, traduzido nas competências e cuidados maternos, que é criado entre a díade mãe-bebê, influencia as competências regulatórias da criança (Easterbrooks et al., 2005).

A autorregulação é um processo que pode ser descrito por um conjunto de estratégias que se organizam e desenvolvem no tempo, com uma maior importância nos primeiros anos de vida, no decorrer da aprendizagem e interiorização da mesma, em interação com o ambiente e, principalmente, com os cuidadores (Calkins et al., 1998; Kopp, 2002; Miller et al., 2002; Stams et al., 2002; Walden & Smith, 1997). É dentro do contexto da matriz relacional que o bebê desenvolve a sua capacidade de autorregulação, segundo os modelos e os processos vinculativos em que está inserido, sendo perceptível o entender da relação de vinculação pela estratégia de autorregulação que o bebê desenvolve (Cicchetti et al., 2006; Fonagy & Target, 2002; Schore, 2001; Sroufe, 2003; Walden & Smith, 1997).

1.5 O Sono dos Bebês

Um dos aspectos de maior importância no desenvolvimento do bebê, e muito valorizado pelos pais, sobretudo nos primeiros meses de vida, é a qualidade do sono do bebê (Gomes, 2009).

O organismo humano tem inerente um relógio biológico que se responsabiliza pela organização temporal da vida do ser, orientado por fatores externos (ecológicos e sociológicos), que possibilita a adaptação às variações do ambiente em que está envolvido (Mendes, 2008). Alguma falha no sono pode pressupor futuras alterações fisiológicas passíveis de serem entendidas como distúrbios do sono, portanto entender e conhecer o sono do bebé e a sua maturação no desenvolvimento é extremamente importante (Billard, 1998; citado por Mendes, 2008). Ainda que o ser humano seja dotado de uma capacidade quase intrínseca de responder a estímulos do mundo externo, Rodrigues (2002) considera que existe um espaço aberto entre a possibilidade e a realização. Este espaço, para Rodrigues (2002), carece de uma figura mediadora no processo de concretização, que a autora considera ser a figura materna.

Através dos laços afetivos construídos na relação diádica, a figura materna tem a capacidade de conseguir atribuir significado às sensações. Durante o desenvolvimento, as primeiras sensações compreendidas pelo ser humano são organizadas pelos órgãos sensoriais e expressadas por uma das únicas formas de comunicação direta que o bebé tem: a atividade motora. Numa fase em que o bebé se encontra mais sensível e atento ao mundo exterior, é provável que tenha também uma dificuldade acrescida em se acalmar para adormecer (Rodrigues, 2002). Este movimento de o bebé se acalmar e ganhar um maior entendimento sobre o seu estado é inicialmente aprendido através de uma autorregulação externa, pela mãe.

Mendes e colegas (2004) caracterizam o sono como um estado fisiológico normal, periódico, caracterizado pela diminuição da atividade percetiva e motora, com diferentes graus caracterizados pela dificuldade no despertar (sono profundo ou sono leve) e por uma alteração da atividade elétrica, bem como a atividade mental que o caracteriza: o sonho.

O sono tem funções reparadoras e organizadoras do sistema, de forma protetora do organismo, que permite a reparação e recuperação de tecidos após atividade. Na sua evolução, desde a fase fetal até à adolescência, o sono é demarcado por várias fases cruciais para o desenvolvimento normativo e maturação devida do cérebro (Mendes, 2008). Whaley e Wong (1999, citado por Gomes, 2009) referem também que à medida que as próprias crianças amadurecem e se desenvolvem, também o sono se vai alterando e a quantidade de tempo que passam em sono profundo diminui.

A vida e o desenvolvimento do sono nos dois primeiros anos de vida de um bebé traçam as principais características que ficarão presentes no sono do adulto. Este desenvolvimento rápido incita uma fragilidade no sistema do sono que se traduz na dificuldade de organização de um ritmo dia-noite e no acordar frequente da criança com idade inferior a dois anos (INSERM, citado por Mendes, 2008; Mendes, 2008). Mendes (2008) acrescenta ainda que, embora o sono tenha um desenvolvimento próprio e pessoal ao longo da vida, adaptado e adaptativo aos estádios e fases de desenvolvimento da criança paralelamente com a maturação do sistema nervoso, este está, principalmente nesta altura, muito dependente de fatores exógenos e endógenos como o ambiente, as características do bebé, privações de ordem física/emocional e as características e cuidados maternos.

El-Sheikh e Kelly (2017) concluíram que o comportamento dos pais pode influenciar o sono dos bebés, mas que também o sono em resposta a estes comportamentos pode ter repercussões na saúde mental dos pais e nas dinâmicas familiares, criando um círculo vicioso nas respostas de cada parte. Dahl (1996) explica que o sono tem propriedades que permitem ao bebé regular e moderar as suas emoções e comportamentos, e que é vulnerável aos cuidados prestados pelos cuidadores (El-Sheikhet al., 2010).

2. Problema de investigação, objetivos e hipóteses gerais

2.1 Problema de Investigação

A presente investigação atende à pertinência do estudo do sono de bebés nascidos de pré-termo, nomeadamente, a perceção que as mães têm do sono dos seus bebés. Neste sentido, o estudo pretende compreender de que forma a qualidade dos cuidados maternos prestados a estes bebés pode afetar a perceção materna do sono dos mesmos.

2.2 Relevância do problema de investigação

A qualidade do sono é um aspeto de primordial importância na saúde dos seres humanos. Particularmente, no caso de bebés pré-termo, a organização do sono é extremamente importante para a maturação do sistema nervoso central destes bebés. Sabemos que o sono, no geral, funciona como um meio importante de autorregulação do ser humano, dependendo de mecanismos internos e condicionantes externos. Em particular, de forma a conseguir períodos de sono profundos adequados para o desenvolvimento e maturação do bebé, os níveis de oxigénio precisam de estabilizar. A incapacidade de o bebé se autorregular está associada à imaturidade do sistema nervoso. A interação mãe-bebé funciona como o meio de aprendizagem para a autorregulação, construída sobre a relação vinculativa entre as duas partes.

2.3 Objetivos da investigação

2.3.1 Objetivo Geral

O objetivo principal de investigação proposto pretende dar resposta à necessidade de entender de que forma a qualidade dos cuidados maternos prestados aos bebés nascidos de pré-termo influenciam a perceção materna sobre o sono dos seus bebés.

2.3.2 Objetivos Específicos

Em primeiro lugar, a investigação objetiva estudar a qualidade dos cuidados maternos oferecidos a estes bebés; em segundo, estudar a perceção materna do sono dos

bebés nascidos de pré-termo e, por fim, perceber a influência da qualidade dos cuidados maternos na percepção materna do sono dos bebés nascidos de pré-termo.

2.4 Hipótese Geral

A qualidade dos cuidados maternos prestados aos bebés nascidos de pré-termo dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da percepção materna do sono dos bebés.

3. Metodologia

3.1 Definição de Variáveis

Na presente investigação, a variável dependente (VD) é constituída pela perceção materna acerca sono dos bebés nascidos de pré-termo e a variável independente (VI) constitui a qualidade dos cuidados maternos prestados a estes bebés.

3.2 Operacionalização de Variáveis

As escalas e os questionários utilizados para a presente investigação encontram-se detalhados em seguida, bem como informação sobre a variável do estudo em uso para cada questionário/escala. Desta forma, e no seguimento desta informação, as definições utilizadas para trabalhar cada variável são consonantes com as definições apresentadas pelos autores.

3.2.1 Questionário Sociodemográfico

Este Questionário Sociodemográfico e Clínico que aqui apresento foi construído para servir os propósitos específicos desta investigação. Desta forma, foram obtidas informações pessoais, salvaguardando sempre o anonimato, tais como data de nascimento da participante, data de nascimento do bebé, nacionalidade, estatuto socioeconómico, estatuto conjugal, estatuto laboral e ainda o número de anos que estudou com sucesso. Acrescentaram-se ainda dados relativos ao estado civil, coabitação, duração da relação, número de filhos em comum e número de filhos anteriores à relação conjugal atual. Relativamente aos aspetos clínicos, as participantes foram questionadas sobre a gravidez, acompanhamento médico, hospitalização tanto da mãe como do bebé, problemas de saúde à nascença, dados clínicos do bebé à nascença (peso, altura, índice de Apgar).

3.2.2 Escala do Investimento Parental na Criança

A Escala do Investimento Parental na Criança, construída por Bradley e colegas (1997) visa avaliar atitudes parentais relativamente aos filhos, avaliando assim a disponibilidade (tanto física como psicológica), responsividade e sensibilidade parental, bem como aspetos mais amplos dos comportamentos e atitudes parentais. A escala original incorporava 24 itens e pretendia avaliar quatro construtos distintos: (1) *Prazer* – devido ao papel que as interações têm na facilitação do processo de vinculação e como motivação para o estabelecimento de relações; (2) *Sensibilidade e Conhecimento Básico das Necessidades da Criança* – importante no estabelecimento de relações de vinculação parental (Bretherton et al., 1989; citado por Gameiro et al., 2008); (3) *Ansiedade de Separação* – concetualizada como um comportamento de vinculação parental (Bretherton et al., 1989; citado por Gameiro et al., 2008); e (4) *Aceitação do Papel Parental* – correspondente à incorporação de um valor ou papel na identidade pessoal (Bradley et al., 1997).

A escala portuguesa é constituída por 19 itens, de resposta tipo *Likert* de 4 pontos, variando entre “Concordo fortemente” (1) e “Discordo fortemente” (4). A EIPC é constituída por 3 subescalas, designadamente: 1) *Aceitação do Papel Parental* – que se reflete em escolhas consistentes por parte dos pais em agir no melhor interesse do filho (Gameiro et al., 2008), correspondente aos itens 1, 4, 7, 10, 16 e 18; 2) *Prazer* – alegria e prazer que os pais experimentam com o filho, incluindo afeto e desejo de passar tempo com a criança (Gameiro et al., 2008), correspondente aos itens 2, 5, 8, 11, 14, 17 e 19; e 3) *Conhecimento e Sensibilidade* – perante as necessidades das crianças, correspondente aos itens 3, 6, 9, 12, 13 e 15.

A consistência interna das três subescalas, estudada através do Alfa de *Cronbach*, é questionável ($\alpha = .68$; $\alpha = .65$; $\alpha = .67$; respectivamente). A consistência interna da escala total é também questionável ($\alpha = .67$).

A análise descritiva dos dados obtidos para a mostra do nosso estudo oferece resultados para os níveis de consistência interna (Tabela 1) dos Fatores 1, 2 e 3 bons e, portanto, serão utilizados no estudo; o Fator Total, apresenta um nível de consistência interna pobre e, portanto, não será utilizado (Anexo I).

Tabela 1.

Consistência Interna da Escala e Subescalas da EIPC

| Escala e Subescalas | Nº de itens | α |
|---------------------------------|-------------|----------|
| Escala Completa da EIPC | 19 | .527 |
| Aceitação do Papel Parental | 6 | .702 |
| Prazer | 7 | .744 |
| Conhecimento e Sensibilidade | 6 | .765 |

Nota. $N = 32$.

Sendo assim, na nossa amostra, os Fatores da EIPC apresentam os valores presentes na Tabela 2 (ver Anexo II).

Tabela 2.

Medidas de Tendência Central e de Dispersão da Escala e Subescalas da EIPC

| Escala e Subescalas | N | M | DP | $Mín.-Máx.$ |
|--------------------------------|-----|-------|-------|-------------|
| Escala Completa da EIPC | 32 | 48.59 | 5.35 | 27-57 |
| Aceitação do Papel Parental | 32 | 18.41 | 3.359 | 10-24 |
| Prazer | 32 | 11.97 | 3.914 | 7-26 |
| Conhecimento e Sensibilidade | 32 | 18.22 | 3.367 | 8-23 |

Nota. $N = 32$.

3.2.3 Questionário da Percepção Materna acerca do Sono de Bebés Nascidos de Pré-Termo

O Questionário da Percepção Materna acerca do Sono de Bebés Nascidos de Pré-Termo (QPMSBP) visa medir a percepção que as mães têm do sono dos seus bebês nascidos de pré-termo. O questionário foi desenvolvido de forma a oferecer dados que avaliem diretamente a percepção materna sobre o sono dos bebês. Os itens que compõem o questionário estão todos relacionados com as dimensões inerentes ao sono; na nossa abordagem foram identificadas dimensões como a agitação psicomotora, a necessidade de os bebês poderem alcançar objetos diversos, o choro, a referência do cuidador como uma figura que acalma, inquietude do cuidador face ao estado do bebé e necessidade de proximidade. Face a estas dimensões inicialmente pensadas, geraram-se, em discussão com colegas da mesma área, itens relevantes para o estudo, tais como “Quando o meu bebé está a dormir, acorda e chora de imediato”, “Passo noites em branco com medo que aconteça alguma coisa ao meu bebé” ou “O meu bebé não consegue adormecer se ninguém estiver com ele”.

Na totalidade, o Questionário é construído por 20 itens, de resposta tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre “Discordo completamente” (1) e “Concordo completamente” (5).

Numa primeira instância, foi necessário proceder à validação do questionário. Para este fim, foi necessário constituir uma amostra de mães de bebês nascidos de pré-termo, com idades cronológicas compreendidas entre os 0 e os 20 meses. Esta amostra foi recolhida *on-line*, através de convites disseminados nas redes sociais *Facebook* e *LinkedIn* (Anexo III). As respostas foram captadas através da plataforma *Qualtrics* que permitiu a descrição sociodemográfica e clínica das participantes (ver Tabelas 3 e 4, respetivamente) e bebês (ver Tabela 5) (ver Anexo IV).

Tabela 3.*Descrição Sociodemográfica das Mães da Amostra de Validação do QPMSBP*

| Caraterísticas | <i>N</i> | % | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mín.-Máx.</i> |
|---|----------|------|----------|-----------|------------------|
| Idade | | | 32.36 | 4.23 | 23-40 |
| Escolaridade | | | | | |
| Ensino Primário | 3 | 2.9 | | | |
| Ensino Básico | 8 | 7.8 | | | |
| Ensino Secundário | 39 | 37.9 | | | |
| Ensino Superior | 53 | 51.5 | | | |
| Estado Civil | | | | | |
| Casada | 55 | 53.4 | | | |
| Solteira | 9 | 7.8 | | | |
| União de Facto | 39 | 38.9 | | | |
| Estatuto Laboral | | | | | |
| Trabalho por conta de outrem | 82 | 79.6 | | | |
| Trabalho por conta própria | 10 | 9.7 | | | |
| Desempregada | 11 | 10.7 | | | |
| Duração da | | | | | |
| Relação Atual | | | 8.71 | 4.57 | 1-20 |
| Número de Filhos Anteriores à Última Gravidez | | | | | |
| | | | .54 | .67 | 0-2 |

Nota. N = 103.

Tabela 4.*Descrição Clínica das Mães da Amostra de Validação do QPMSBP*

| Caraterísticas | <i>N</i> | % |
|-------------------------------------|----------|------|
| Gravidez Planeada | | |
| Sim | 84 | 81.6 |
| Não | 19 | 18.4 |
| Tipo de Gravidez | | |
| Gemelar | 11 | 10.7 |
| Não Gemelar | 92 | 89.3 |
| Consumos | | |
| Drogas | 1 | 1.0 |
| Tabaco | 5 | 4.9 |
| Álcool | 0 | .0 |
| Sem consumos | 97 | 94.1 |
| Tipo de Parto | | |
| Vaginal sem epidural | 8 | 7.8 |
| Vaginal com epidural | 27 | 26.2 |
| Cesariana com anestesia regional | 46 | 44.7 |
| Cesariana com anestesia geral | 17 | 16.5 |
| Fórceps/ventosas | 5 | 4.9 |
| Complicações no Parto | | |
| Sim | 31 | 30.1 |
| Não | 72 | 69.9 |
| Interrupções da Gravidez | | |
| Espontânea | 24 | 23.3 |
| Voluntária | 7 | 6.8 |
| Por recomendação médica | 2 | 1.9 |
| Sem interrupções | 70 | 68.0 |

Nota. N = 103.

Tabela 5.

Descrição Sociodemográfica e Clínica dos Bebés da Amostra de Validação do QPMSBP

| Caraterísticas | <i>N</i> | % | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mín.-Máx.</i> |
|--------------------------|----------|------|----------|-----------|------------------|
| Sexo | | | | | |
| Feminino | 45 | 43.7 | | | |
| Masculino | 58 | 56.3 | | | |
| Idade Cronológica | | | 9.05 | 5.22 | 0-20 |
| Idade Gestacional | | | 32.12 | 3.12 | 25-39 |
| IG < 28 semanas | | | | | |
| 28 ≤ IG ≤ 32 semanas | 12 | 11.7 | | | |
| 32 ≤ IG ≤ 37 semanas | 35 | 34.0 | | | |
| | 56 | 54.4 | | | |
| Índice de Apgar | | | | | |
| 0 ≤ 3 | 6 | 5.8 | | | |
| 4 ≤ 6 | 13 | 12.6 | | | |
| 7 ≤ 10 | 70 | 68.0 | | | |
| Omisso | 14 | 13.6 | | | |
| Peso | | | | | |
| < 1000g | 19 | 18.4 | | | |
| 1000g ≤ 1500g | 25 | 24.3 | | | |
| 1500g ≤ 2500g | 42 | 40.8 | | | |
| > 2500g | 16 | 15.5 | | | |
| Dias de Incubadora | | | 13.31 | 19.78 | 0-98 |
| Dia de Hospitalização | | | 36.79 | 36.18 | 0-259 |

Nota. N = 103.

As respostas proporcionadas pela amostra de validação do QPMSBP foram submetidas a várias análises fatoriais. Neste contexto, obtiveram-se os seguintes valores: KMO = .784; Teste de Esfericidade de Bartlett, Aprox. $\lambda^2 = 799.439$, gl. = 190, sig. < .001. Da análise dos valores de anti-imagem, resulta que apenas o item 1 se afasta de .5 (AI = .353) e que o item 2 fica bastante próximo daquele mínimo (AI = .485).

Entre as várias análises fatoriais empreendidas (sem rotação, Varimax, Quartimax, Promax e Equamax; ver Anexo V), a análise com rotação Equamax foi aquela que se mostrou mais útil (ver tabela 6).

Tabela 6.

Análise Fatorial dos 20 itens do QPMSBP com Rotação Equamax

| Fatores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------|-------|-------|
| Item 1 | -.088 | -.045 | -.067 | .316 | -.118 | .709 |
| Item 2 | .062 | .110 | .046 | -.236 | .168 | .749 |
| Item 3 | .432 | .260 | .223 | .378 | .436 | .012 |
| Item 4 | .599 | -.029 | .267 | .163 | .261 | -.042 |
| Item 5 | .247 | .568 | .199 | .066 | .499 | -.081 |
| Item 6 | .103 | .853 | .053 | .140 | .072 | -.042 |
| Item 7 | .770 | .289 | .150 | .160 | -.219 | .069 |
| Item 8 | .281 | .714 | .018 | .216 | .169 | .051 |
| Item 9 | .727 | .282 | -.051 | .000 | .004 | .016 |
| Item 10 | .346 | .692 | .087 | .222 | -.187 | -.081 |
| Item 11 | .849 | .172 | -.007 | .144 | .107 | -.001 |
| Item 12 | -.215 | .094 | -.024 | .147 | .752 | .000 |
| Item 13 | .175 | .659 | .176 | .125 | .195 | .015 |
| Item 14 | .058 | .097 | -.047 | .828 | .122 | -.013 |
| Item 15 | -.008 | .015 | .662 | .461 | -.072 | .035 |
| Item 16 | -.033 | .255 | .349 | .358 | -.514 | -.108 |
| Item 17 | .128 | -.017 | .802 | -.012 | -.055 | -.103 |

Tabela 6. (continuação)

| | | | | | | |
|----------------|---------------|-------|-------------|-------|------|-------|
| Item 18 | -.044 | .462 | .315 | .256 | .172 | -.411 |
| Item 19 | -.787* | -.217 | .097 | -.018 | .115 | .093 |
| Item 20 | -.115 | .161 | .836 | -.065 | .100 | -.023 |

Nota. $N = 103$.

Na análise fatorial com rotação Equamax, foram obtidos 3 fatores, designadamente:

- 1) *Dormir Mal, Acordar, Chorar* – correspondente aos itens 4, 7, 9, 11 e 19 (inverter);
- 2) *Presença para Adormecer* – correspondente aos itens 5, 6, 8, 10, 13 e 18 e 3)
- Necessidade de Ver o Bebê* – correspondente aos itens 15, 17 e 20.

A consistência interna das três subescalas (Tabela 7), estudada através do Alfa de Cronbach, é boa para os Fatores 1, 2 e Total e a consistência interna do Fator 3 é aceitável (ver Anexo VI).

Tabela 7.

Consistência Interna da Escala Completa e Subescalas do QPMSBP na amostra de validação

| Escala e Subescalas | Nº de itens | α |
|-----------------------------|-------------|----------|
| Escala Completa do QPMSBT | 20 | .802* |
| Dormir Mal, Acordar, Chorar | 5 | .838 |
| Presença para Adormecer | 6 | .843 |
| Necessidade de Ver o Bebê | 3 | .720 |

Nota. $N = 32$. *item 19 invertido

Para a validação do QPMSBP, os Fatores 1, 2, 3 e Total apresentam os valores presentes na Tabela 8 (Ver Anexo VI).

Tabela 8.

Medidas de Tendência Central e de Dispersão da Escala e Subescalas do QPMSBP na Amostra de Validação

| Escala e Subescalas | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mín.-Máx.</i> |
|--------------------------------|----------|----------|-----------|------------------|
| Escala Completa | | | | |
| do QPMSBT | 103 | 10.51 | 4.721 | 5-24 |
| Dormir Mal, Acordar, Chorar | 103 | 17.56 | 6.105 | 6-30 |
| Presença para Adormecer | 103 | 8.54 | 3.096 | 3-15 |
| Necessidade de Ver o Bebê | 103 | 56.77 | 11.709 | 35-85 |

Relativamente à testagem das nossas hipóteses, os dados a utilizar resultam da amostra descrita em 3.5 (ver Tabela 9). A consistência interna, estudada através do Alfa de *Cronbach*, é boa para os Fatores 1 e 2; o Fator 3 apresenta um nível questionável e, portanto, não será utilizado. A consistência interna da escala Completa, composta por todos os itens, sendo que o item 19 precisa de ser invertido, é também boa (ver Anexo VII).

Tabela 9.

Consistência Interna da Escala Completa e Subescalas QPMSBP

| Escala e Subescalas | Nº de itens | α |
|--------------------------------|-------------|----------|
| Escala Completa | | |
| do QPMSBT | 20 | .827 |
| Dormir Mal, Acordar, Chorar | 5 | .778 |
| Presença para Adormecer | 6 | .847 |
| Necessidade de Ver o Bebê | 3 | .606 |

Nota. $N = 32$.

Sendo assim, na amostra da testagem das nossas hipóteses, os Fatores do QPMSBP apresentam os valores presentes na Tabela 10 (ver Anexo II).

Tabela 10.

Medidas de Tendência Central e de Dispersão da Escala e Subescalas do QPMSBP

| Escala e Subescalas | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mín.-Máx.</i> |
|--------------------------------|----------|----------|-----------|------------------|
| Escala Completa | | | | |
| do QPMSBT | 32 | 60.78 | 12.234 | 37-85 |
| Dormir Mal, Acordar, Chorar | 32 | 11.22 | 4.375 | 5-23 |
| Presença para Adormecer | 32 | 19.25 | 6.021 | 7-30 |
| Necessidade de Ver o Bebê | 32 | 8.66 | 2.945 | 3-15 |

Nota. N = 32.

3.2.4 Questionário das Características do Bebê

A percepção materna do temperamento do bebê parece desempenhar um papel importante na percepção materna sobre o sono do bebê. Por esse motivo, decidimos controlar o impacto desta variável antes de testarmos a importância da variável independente da nossa hipótese geral. De forma a operacionalizar esta variável, procedemos à utilização do Questionário das Características do Bebê.

O Questionário das Características do Bebê (QCB), desenvolvido por Bates e colegas (1979), e traduzido e adaptado para a versão portuguesa por Soares e colegas (2010) foi, posteriormente, validado para a população portuguesa por Carneiro e colegas (2010). O QCB é composto por 24 itens, de resposta tipo *Likert* de 7 pontos, sendo que 1 caracteriza o temperamento fácil e 7 o temperamento difícil.

É um questionário de autorrelato, aplicado às mães ou respectivas fontes de informação relevantes acerca do bebê. Tem como objetivo avaliar o temperamento do bebê, tendo por base as percepções maternas relativas às dificuldades de temperamento

dos seus filhos. No seu desenvolvimento, Bates e colegas (1979) identificaram a “quantidade de choro” como aspecto de grande relevância na definição/identificação do temperamento difícil. Desta forma, operacionalizaram o conceito de acordo com quatro fatores: (1) *Chorão/Difícil* – associado a aspectos da emocionalidade negativa da criança, correspondente aos itens 1, 5, 6, 12, 13, 14, 17, 22 e 24; (2) *Adaptabilidade* – pretende avaliar as respostas dos bebês a novas situações, correspondente aos itens 7, 8, 10, 11 e 20; (3) *Apatia* – avalia a emocionalidade negativa, correspondente aos itens 15, 16, 18 e 23; e (4) *Imprevisibilidade* – correspondente à maior ou menor dificuldade em prever necessidades fisiológicas da criança, correspondente aos itens 2, 3, 8, 19 e 21.

A consistência interna das quatro subescalas, estudada através do Alfa de *Cronbach*, é boa para os Fatores 1 e 2 ($\alpha = .79$; $\alpha = .75$; respetivamente), inaceitável para o Fator 3 ($\alpha = .39$) e pobre para o Fator 4 ($\alpha = .50$).

A análise descritiva dos dados obtidos para a amostra da testagem das nossas hipóteses apresenta níveis de consistência interna bons para os Fatores 1, 2 e Total e portanto serão utilizados no estudo; enquanto os Fatores 3 e 4 não serão utilizados por apresentarem valores de consistências internas muito baixos (Tabela 11) (ver Anexo VIII).

Tabela 11.

Consistência Interna da Escala Completa e Subescalas do QCB

| Escala e Subescalas | Nº de itens | α |
|------------------------|-------------|----------|
| Escala Completa do QCB | 20 | .827 |
| Chorão/Difícil | 9 | .856 |
| Adaptabilidade | 5 | .795 |
| Apatia | 3 | .585* |
| Imprevisibilidade | 5 | .311 |

Nota. $N = 32$. *item 15 excluído.

Sendo assim, na nossa amostra, os Fatores do QCB apresentam os seguintes valores (Tabela 12) (ver Anexo II).

Tabela 12.

Medidas de Tendência Central e de Dispersão da Escala e Subescalas do QCB

| Escala e Subescalas | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mín.-Máx.</i> |
|------------------------|----------|----------|-----------|------------------|
| Escala Completa do QCB | 32 | 66.56 | 16.066 | 41-103 |
| Chorão/Difícil | 32 | 24.81 | 7.937 | 14-43 |
| Adaptabilidade | 32 | 12.88 | 5.326 | 5-29 |
| Apatia | 32 | 10.13 | 2.121 | 5-14 |
| Imprevisibilidade | 32 | 14.81 | 3.889 | 9-25 |

Nota. *N* = 32.

3.3 Hipóteses Específicas

No que concerne às hipóteses específicas, estas são:

Hipótese Específica 1 (HE1): A Aceitação do Papel Parental oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística do fator Dormir Mal, Acordar e Chorar.

Hipótese Específica 2 (HE2): A Aceitação do Papel Parental oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da necessidade de Presença para o Bebê Adormecer.

Hipótese Específica 3 (HE3): A Aceitação do Papel Parental oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da Perceção Materna sobre o Sono do Bebê.

Hipótese Específica 4 (HE4): O Prazer oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística do fator Dormir Mal, Acordar e Chorar.

Hipótese Específica 5 (HE5): O Prazer oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da necessidade de Presença para o Bebê Adormecer.

Hipótese Específica 6 (HE6): O Prazer oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da Perceção Materna sobre o Sono do Bebé.

Hipótese Específica 7 (HE7): O Conhecimento e Sensibilidade oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística do fator Dormir Mal, Acordar e Chorar.

Hipótese Específica 8 (HE8): O Conhecimento e Sensibilidade oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da necessidade de Presença para o Bebé Adormecer.

Hipótese Específica 9 (HE9): O Conhecimento e Sensibilidade oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da Perceção Materna sobre o Sono do Bebé.

Hipótese Específica 10 (HE10): O Temperamento do bebé (Escala Completa do QCB) oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística do fator Dormir Mal, Acordar e Chorar.

Hipótese Específica 11 (HE11): O Temperamento do bebé (Escala Completa do QCB) oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da necessidade de Presença para o Bebé Adormecer.

Hipótese Específica 12 (HE12): O Temperamento do bebé (Escala Completa do QCB) oferece um contributo significativo para a explicação da variância estatística da Perceção Materna sobre o Sono do Bebé.

3.4 Procedimento

As participantes deste estudo foram abordadas com recursos às redes sociais, nomeadamente *Facebook* e *LinkedIn*, com convites (Anexo IX) que explicitavam os

propósitos da investigação, bem como informação geral sobre a mesma e respetivas questões de confidencialidade e anonimato. No fim do convite era apresentado o link de acesso à plataforma *Qualtrics* que permitia às participantes entrarem no estudo, apresentando primeiramente o Consentimento Informado (Anexo X).

Toda a informação relativa ao desenvolvimento da investigação, tal como objetivos, métodos e procedimento do estudo, foi disponibilizada a todas as participantes, conjuntamente com o Consentimento Informado, com obrigatoriedade de assinatura em como concordavam com os termos propostos após a leitura dos mesmos.

Para o tratamento estatístico, após a recolha de dados, estes foram inseridos e analisados através do programa informático estatístico SPSS - *Statistic Program for Social Sciences*, versão 27.0. Tendo por base os objetivos estabelecidos, foram realizados os procedimentos estatísticos baseados na análise de regressão linear múltipla.

3.4.1 Recolha de Dados *On-line*

Atualmente, a internet é o meio mais rápido, acessível, económico e popular para as recolhas de dados entre os investigadores, para estudos que não pressuponham interação direta com os participantes (Molnar, 2019). As vantagens dos softwares de recolha de dados *on-line* são muitas, entre elas a acessibilidade e facilidade, não requerendo necessariamente competências ao nível de programação para a sua utilização. Realizar, editar e criar um questionário (ou um conjunto deles) é simples, oferecendo ao investigador as respostas em tempo real e permitindo que este faça a gestão dos mesmos tendo em conta as suas necessidades (e.g.: controlar o alcance dos questionários, encerrar a recolha de respostas ou suspendê-la quando necessário).

Como já referido, para a presente investigação, utilizou-se a plataforma *Qualtrics* no auxílio da recolha de dados *on-line*. Esta plataforma de recolha de dados *on-line* é

acessível para qualquer investigador que pretenda realizar a sua recolha de dados de forma *on-line* e assegura a confidencialidade dos dados obtidos.

Cada vez mais aumenta a procura de plataformas *on-line* que permitam que a recolha de dados seja feita de forma mais prática e simples, mas a verdade é que ainda pode levantar questões entre a comunidade científica relativamente à sua fidedignidade. Goodman e colegas (2012) esclareceram que a recolha de dados através de plataformas *on-line* é de facto fidedigna, no entanto, cabe também ao investigador garantir algumas condições, tais como questões relacionadas com a compreensão da linguagem e o evitamento de questões que exponham a influência das diferenças individuais, financeiras e sociais nos resultados posteriormente obtidos.

A tudo o que foi acima referenciado, acrescenta-se ainda outra questão relevante na comunidade científica para o desenvolvimento da recolha de dados *on-line*: a qualidade dos dados obtidos pode ser dúbia, tendo em conta que os participantes podem participar diversas vezes. Os investigadores Paolacci e colegas (2010) dão resposta a esta questão explicando que as múltiplas respostas nestes questionários *on-line* não são recorrentes, sendo facilmente um aspeto controlável. Mais se acrescenta que a plataforma *Qualtrics*, utilizada no desenvolver desta investigação, padece da opção de impedir que o questionário seja realizado mais do que uma vez pelo mesmo indivíduo, garantindo desta forma a qualidade dos dados e a autenticidade da amostra.

A última grande questão levantada entre a comunidade científica relativamente às recolhas de dados *on-line* prende-se com o facto de poder originar discrepâncias ao nível da atenção dos participantes. Para esta questão, Hauser e Schwarz (2016) provaram que os participantes *on-line* estão efetivamente mais atentos às instruções apresentadas do que os participantes de formulários em papel.

Em termo de conclusão, é possível afirmar que a recolha de dados *on-line* oferece dados fidedignos, representativos e não altera a relação entre dados, sendo, desta forma, um método de recolha válido e eficaz.

3.4.2 Critérios de Inclusão na Amostra

Como critérios de inclusão das mães que participarem no presente estudo, foram definidos os seguintes: serem mães de um bebé nascido de pré-termo que, à data do preenchimento, tivesse idade cronológica compreendida entre os 6 e os 12 meses, residirem com o bebé em território nacional (continente ou ilhas), terem uma idade compreendida entre os 20 e os 40 anos e possuírem domínio escrito e oral da língua portuguesa.

3.4.3 Critérios de Exclusão da Amostra

Relativamente aos critérios de exclusão, consideraram-se: terem idades inferiores a 20 anos ou superiores a 40, não terem um bebé nascido de pré-termo, a idade do bebé ser inferior a 6 meses ou superior a 12 meses, não residirem em território nacional ou não possuírem domínio escrito e oral da língua portuguesa.

3.4.4 Aplicação

Como referido, as participantes deste estudo responderam ao questionário *on-line*, através da plataforma *Qualtrics*, tendo sido previamente informadas sobre os objetivos do estudo, bem como da sua participação. De forma a poderem participar e continuar o preenchimento do questionário era necessário darem o seu consentimento informado.

Através do questionário, foram recolhidas variadas informações pelo preenchimento dos seguintes questionários: (1) *Questionário Sociodemográfico e Clínico* (Anexo XI); (2) *Escala do Investimento Parental na Criança* (Bradley et al., 1997; Versão Portuguesa: Gameiro et al. 2008) (Anexo XII); (3) *Questionário da Perceção Materna acerca do Sono do Bebé Pré-Termo* (Coelho, 2020) (Anexo XIII); (4) *Questionário das*

Caraterísticas do Bebê (Bates et al., 1979; Versão Portuguesa: Soares et al., 2010) (Anexo XIV). A duração do preenchimento foi de, aproximadamente, 20 minutos.

Os dados fornecidos pelas participantes foram todos salvaguardados quanto à confidencialidade e anonimato, tendo sido utilizados exclusivamente para este estudo.

3.5 Caraterização da Amostra

A amostra recolhida é constituída por 32 mães de bebés nascidos de pré-termo.

Como se pode ver na Tabela 13, a idade média das mães que participaram no estudo é de 31 anos, sendo que as idades das participantes variaram entre os 24 e os 40 anos. Relativamente à escolaridade, a maioria das mães tem um curso superior e apenas uma participante tem o ensino primário e uma o ensino básico. A maioria das mães é casada ou está em união de facto e apenas três são solteiras. A maioria das mães está empregada (ver Anexo XV).

Tabela 13.

Caraterização Sociodemográfica das Mães

| Caraterísticas | <i>N</i> | % | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mín.-Máx.</i> |
|-------------------|----------|------|----------|-----------|------------------|
| Idade | | | 31.88 | .890 | 24-40 |
| Escolaridade | | | | | |
| Ensino Primário | 1 | 3.1 | | | |
| Ensino Básico | 1 | 3.1 | | | |
| Ensino Secundário | 12 | 37.5 | | | |
| Ensino Superior | 18 | 56.3 | | | |

Tabela 13. (continuação)

| | | | | |
|---|----|------|------|------|
| Estado Civil | | | | |
| Casada | 19 | 59.4 | | |
| Solteira | 3 | 9.4 | | |
| União de Facto | 10 | 31.3 | | |
| Estatuto Laboral | | | | |
| Trabalho por conta de outrem | 24 | 75.0 | | |
| Trabalho por conta própria | 5 | 15.6 | | |
| Desempregada | 3 | 9.4 | | |
| Duração da Relação Atual | | | 9.81 | 4.90 |
| Número de Filhos Anteriores à Última Gravidez | | | 1.47 | .62 |
| | | | | 1-20 |
| | | | | 1-3 |

Nota. $N = 32$.

Como se pode verificar na Tabela 14, relativamente aos dados clínicos das mães, a maioria das mães teve uma gravidez planeada bem como não gemelar. Nos consumos, apenas 3 mães reportaram o consumo de tabaco, não existindo mais consumos reportados (droga e álcool). A maior parte das mães teve um parto por cesariana com anestesia regional e sem complicações. É importante notar também que a maior parte das mães reportou ter tido interrupção espontânea da gravidez (ver Anexo XV).

Tabela 14.*Caraterização Clínica das Mães*

| Caraterísticas | <i>N</i> | % |
|-------------------------------------|----------|------|
| Gravidez Planeada | | |
| Sim | 25 | 78.1 |
| Não | 7 | 21.9 |
| Tipo de Gravidez | | |
| Gemelar | 3 | 9.4 |
| Não Gemelar | 29 | 90.6 |
| Consumos | | |
| Drogas | 0 | .0 |
| Tabaco | 3 | 9.4 |
| Álcool | 0 | .0 |
| Sem consumos | 29 | 91.6 |
| Tipo de Parto | | |
| Vaginal sem epidural | 4 | 12.5 |
| Vaginal com epidural | 10 | 31.3 |
| Cesariana com anestesia regional | 13 | 40.6 |
| Cesariana com anestesia geral | 3 | 9.4 |
| Fórceps/ventosas | 2 | 6.3 |
| Complicações no Parto | | |
| Sim | 7 | 21.9 |
| Não | 25 | 78.1 |
| Interrupções da Gravidez | | |
| Espontânea | 10 | 31.3 |
| Voluntária | 2 | 6.3 |
| Por recomendação médica | .0 | .0 |
| Sem interrupções | 20 | 62.4 |

Nota. *N* = 32.

Na Tabela 15, é possível observar que participaram mais mães de rapazes do que de raparigas. A idade cronológica média dos bebés é de 7.91 meses. Quanto à IG, esta foi agrupada por categorias correspondentes à classificação da OMS (WHO, 2018). O grupo com mais bebés corresponde a $28 \leq IG \leq 32$ semanas e o grupo com menos bebés corresponde a $IG < 28$ semanas. Os índices de Apgar foram agrupados conforme a classificação de Casey e colegas (2001): 0-3, que representa asfixia grave; 4-6, que representa asfixia moderada; e 7-10, que representa boa vitalidade, boa adaptação. Como é possível verificar, a maioria dos bebés tinha um índice de Apgar entre os 7 e os 10, medido aos 5 minutos. O peso dos bebés nascidos de pré-termo, também agrupado e conforme a ordenação do NHRC (2000), é classificado nos seguintes parâmetros: baixo peso ao nascer (1500g-2500g), muito baixo peso ao nascer (1000g-1500g) e extremamente baixo peso ao nascer (menos de 1000g). Como se pode verificar, a maioria dos bebés nasceu com um peso baixo (ver Anexo XV).

Tabela 15.

Caraterização Sociodemográfica e Clínica dos Bebés

| Caraterísticas | <i>N</i> | % | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mín-Máx</i> |
|---------------------------------|----------|------|----------|-----------|----------------|
| Sexo | | | | | |
| Feminino | 10 | 31.3 | | | |
| Masculino | 22 | 68.8 | | | |
| Idade Cronológica | | | 7.94 | 1.65 | 6-11 |
| Idade Gestacional | | | 32.87 | 3.70 | 26-37 |
| IG < 28 semanas | 4 | 12.5 | | | |
| $28 \leq IG \leq 32$ semanas | 10 | 31.3 | | | |
| $32 \leq IG \leq 37$ semanas | 18 | 56.3 | | | |

Tabela 15. (continuação)

| | | | | | |
|----------------------------------|----|------|-------|-------|------|
| Índice de Apgar | 5 | 15.6 | | | |
| $0 \leq 3$ | | | | | |
| $4 \leq 6$ | 3 | 9.4 | | | |
| $7 \leq 10$ | 19 | 59.4 | | | |
| Omisso | 5 | 15.6 | | | |
| Peso | | | | | |
| $< 1000\text{g}$ | 6 | 18.8 | | | |
| $1000\text{g} \leq 1500\text{g}$ | 6 | 18.8 | | | |
| $1500\text{g} \leq 2500\text{g}$ | 13 | 40.6 | | | |
| $> 2500\text{g}$ | 7 | 21.9 | | | |
| Dias de Incubadora | | | 19.5 | 20.64 | 0-56 |
| Dia de Hospitalização | | | 25.81 | 24.54 | 2-67 |

Nota. $N = 32$.

4. Resultados

4.1 Regressão Linear Hierárquica Múltipla

De forma a testar as hipóteses acima descritas, procedeu-se à análise estatística do tipo regressão linear hierárquica múltipla, que objetiva verificar em que medida as variáveis independentes conseguem explicar a variância estatística das variáveis dependentes associadas.

Para construir os modelos das variáveis a introduzir, calculou-se o número máximo de variáveis no conjunto dos modelos. Tendo por base a amostra do presente estudo ($N = 32$) e sabendo que cada variável independente exige a presença de 5 sujeitos, entende-se que o número máximo de variáveis no conjunto dos modelos das nossas análises é de 6. Os valores de Tolerância e de VIF foram averiguados e, considerando os limites estabelecidos (Tolerância $< .1$ e VIF > 10), não se verificou a existência de multicolinearidade. Deste procedimento, resultou a definição dos modelos finais a utilizar.

Definindo os modelos utilizados, no modelo 1 das análises de regressão, foram introduzidos aspetos relacionados com variáveis sociodemográficas das mães (idade e escolaridade); no modelo 2 foram utilizados aspetos relacionados com as variáveis sociodemográficas dos bebés (idade cronológica e peso à nascença); no modelo 3 incluímos o resultado da escala do Questionário das Características do Bebê e, no modelo 4, foi incluído o resultado da escala do Investimento Parental na Criança.

Nas análises em que foram utilizadas variáveis avaliadas através de escalas nominais, procedeu-se à codificação dicotómica dos resultados, em zeros e uns.

Todas as variáveis avaliadas através de escalas intervalares foram submetidas à testagem do ajustamento à distribuição normal teórica. As variáveis seguintes não se afastam significativamente da normal: idade da mãe, Fator Dormir Mal, Acordar,

Chorar do QPMSBP, Fator Chorão/Difícil do QCB, Fator Presença para Adormecer do QPMSBP, Escala Completa do QPMSBP, Escala Completa do QCB, Fator Prazer do EIPC, Fator Conhecimento e Sensibilidade do EIPC, número de semanas de gestação do bebê e o peso à nascença). Quanto às outras variáveis (idade cronológica do bebê, Fator Aceitação do Papel Parental da EIPC, dias de hospitalização do bebê e escolaridade da mãe), foram detetados afastamentos significativos. A inspeção dos gráficos Q-Q Plot permite concluir que os referidos afastamentos não são de magnitude a impedir o uso das análises de regressão (Anexo XVI).

4.2 Testagem das Hipóteses Específicas

4.2.1 Testagem da Hipótese Específica 1

Na Tabela 16, estão representados os resultados da testagem da hipótese específica 1 (ver Anexo XVII).

Tabela 16.

Regressão Linear; VD – Dormir Mal, Acordar, Chorar (QPMSBP); VI – Aceitação do Papel Parental (EIPC)

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂ ajustado</i> | <i>Erro padrão da estimativa</i> | <i>Mudança de R₂</i> | <i>Mudança de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .134 | .018 | -.050 | 4.48319 | .018 | .264 | 2 | 29 | .770 |
| 2 | .164 | .027 | -.117 | 4.62460 | .009 | .127 | 2 | 27 | .881 |
| 3 | .377 | .142 | -.023 | 4.42595 | .115 | 3.478 | 1 | 26 | .074 |
| 4 | .377 | .142 | -.064 | 4.51341 | .000 | .002 | 1 | 25 | .963 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 4 não apresenta um valor significativo ($p = .963$). Neste sentido, a hipótese específica 1 é rejeitada.

4.2.2 Testagem da Hipótese Específica 2

Na Tabela 17, estão representados os resultados da testagem da hipótese específica 2 (ver Anexo XVIII).

Tabela 17.

Regressão Linear; VD – Presença para Adormecer (QPMSBP); VI – Aceitação do Papel Parental (EIPC)

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂</i> <i>ajustado</i> | <i>Erro</i> <i>padrão da</i> <i>estimativa</i> | <i>Mudança</i> <i>de R₂</i> | <i>Mudança</i> <i>de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|---|--|---|-------------------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .395 | .156 | .098 | 5.71948 | .156 | 2.680 | 2 | 29 | .086 |
| 2 | .418 | .175 | .053 | 5.86042 | .019 | .311 | 2 | 27 | .735 |
| 3 | .530 | .281 | .142 | 5.57658 | .106 | 3.819 | 1 | 26 | .062 |
| 4 | .530 | .281 | .109 | 5.68433 | .001 | .024 | 1 | 25 | .879 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 4 não apresenta um valor significativo ($p = .879$). Neste sentido, a hipótese específica 2 é rejeitada.

4.2.3 Testagem da Hipótese Específica 3

Na Tabela 18, são apresentados os resultados da testagem da hipótese específica 3 (ver Anexo XIX).

Tabela 18.

Regressão Linear; VD – Escala Completa (QPMSBP); VI – Aceitação do Papel Parental (EIPC)

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂</i> <i>ajustado</i> | <i>Erro</i> <i>padrão da</i> <i>estimativa</i> | <i>Mudança</i> <i>de R₂</i> | <i>Mudança</i> <i>de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|---|--|---|-------------------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .585 | .342 | .297 | 2.81690 | .342 | 7.537 | 2 | 29 | .002 |
| 2 | .681 | .464 | .385 | 2.63478 | .122 | 3.074 | 2 | 27 | .063 |
| 3 | .730 | .533 | .443 | 2.50709 | .069 | 3.820 | 1 | 26 | .061 |
| 4 | .736 | .541 | .431 | 2.53340 | .008 | .463 | 1 | 25 | .503 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 4 não apresenta um valor significativo ($p = .503$). Neste sentido, a hipótese específica 3 é rejeitada. Além disso, verifica-se que o modelo 1 (variáveis sociodemográficas e clínicas das participantes) dá um contributo significativo ($p = .002$) para a explicação da variável dependente.

4.2.4 Testagem da Hipótese Específica 4

Na Tabela 19, estão representados os resultados da testagem da hipótese específica 4 (ver Anexo XX).

Tabela 19.

Regressão Linear; VD – Dormir Mal, Acordar, Chorar (QPMSBP); VI – Prazer (EIPC)

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂ ajustado</i> | <i>Erro padrão da estimativa</i> | <i>Mudança de R₂</i> | <i>Mudança de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .134 | .018 | -.050 | 4.48319 | .018 | .264 | 2 | 29 | .770 |
| 2 | .134 | .018 | -.127 | 4.64585 | .000 | .002 | 2 | 27 | .998 |
| 3 | .345 | .119 | -.050 | 4.48434 | .101 | 2.980 | 1 | 26 | .096 |
| 4 | .345 | .119 | -.092 | 4.57240 | .000 | .002 | 1 | 25 | .929 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 4 não apresenta um valor significativo ($p = .929$). Neste sentido, a hipótese específica 4 é rejeitada.

4.2.5 Testagem da Hipótese Específica 5

Na Tabela 20, são apresentados os resultados da testagem da hipótese específica 5 (ver Anexo XXI).

Tabela 20.*Regressão Linear; VD – Presença para Adormecer (QPMSBP); VI – Prazer (EIPC)*

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂</i> <i>ajustado</i> | <i>Erro</i> <i>padrão da</i> <i>estimativa</i> | <i>Mudança</i> <i>de R₂</i> | <i>Mudança</i> <i>de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|---|--|---|-------------------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .395 | .156 | .098 | 5.71948 | .156 | 2.678 | 2 | 29 | .086 |
| 2 | .418 | .175 | .053 | 5.86042 | .019 | .311 | 2 | 27 | .735 |
| 3 | .530 | .281 | .142 | 5.57658 | .106 | 3.819 | 1 | 26 | .062 |
| 4 | .571 | .326 | .165 | 5.50293 | .046 | 1.701 | 1 | 25 | .204 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 4 não apresenta um valor significativo ($p = .204$). Neste sentido, a hipótese específica 5 é rejeitada.

4.2.6 Testagem da Hipótese Específica 6

Na Tabela 21, são apresentados os resultados da testagem da hipótese específica 6 (ver Anexo XXII).

Tabela 21.*Regressão Linear; VD – Escala Completa (QPMSBP); VI – Prazer (EIPC)*

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂</i> <i>ajustado</i> | <i>Erro</i> <i>padrão da</i> <i>estimativa</i> | <i>Mudança</i> <i>de R₂</i> | <i>Mudança</i> <i>de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|---|--|---|-------------------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .447 | .200 | .145 | 11.31257 | .200 | 3.627 | 2 | 29 | .039 |
| 2 | .450 | .202 | .084 | 11.70724 | .002 | .039 | 2 | 27 | .962 |
| 3 | .570 | .324 | .194 | 10.97991 | .122 | 4.696 | 1 | 26 | .040 |
| 4 | .579 | .336 | .176 | 11.10445 | .011 | .420 | 1 | 25 | .523 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 4 não apresenta um valor significativo ($p = .523$). Neste sentido, a hipótese específica 6 é rejeitada. No entanto, verifica-se que o modelo 1 (variáveis sociodemográficas e clínicas das participantes) dá um contributo significativo ($p = .039$) para a explicação da variável dependente, bem como o modelo 3 (variável de controlo acerca do temperamento dos bebés; $p = .040$).

4.2.7 Testagem da Hipótese Específica 7

Na Tabela 22, são apresentados os resultados da testagem da hipótese específica 7 (ver Anexo XXIII).

Tabela 22.

Regressão Linear; VD – Dormir Mal, Acordar, Chorar (QPMSBP); VI – Conhecimento e Sensibilidade (EIPC)

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂ ajustado</i> | <i>Erro padrão da estimativa</i> | <i>Mudança de R₂</i> | <i>Mudança de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .134 | .018 | -.050 | 4.48319 | .018 | .264 | 2 | 29 | .770 |
| 2 | .164 | .018 | -.127 | 4.64585 | .000 | .002 | 2 | 27 | .998 |
| 3 | .492 | .242 | -.096 | 4.15989 | .224 | 7.677 | 1 | 26 | .010 |
| 4 | .519 | .270 | -.094 | 4.16368 | .028 | .953 | 1 | 25 | .338 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 4 não apresenta um valor significativo ($p = .338$). Neste sentido, a hipótese específica 7 é rejeitada. Além disso, verifica-se que o modelo 3 (modelo de controlo acerca do temperamento do bebé) dá um contributo significativo ($p = .010$) para a explicação da variável dependente.

4.2.8 Testagem da Hipótese Específica 8

Na Tabela 23, estão representados os resultados da testagem da hipótese específica 8 (ver Anexo XXIV).

Tabela 23.

Regressão Linear; VD – Presença para Adormecer (QPMSBP); VI – Conhecimento e Sensibilidade (EIPC)

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂ ajustado</i> | <i>Erro padrão da estimativa</i> | <i>Mudança de R₂</i> | <i>Mudança de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .395 | .156 | .098 | 5.71948 | .156 | 2.680 | 2 | 29 | .086 |
| 2 | .418 | .175 | .053 | 5.86042 | .019 | .311 | 2 | 27 | .735 |
| 3 | .560 | .313 | .181 | 5.44867 | .138 | 5.235 | 1 | 26 | .031 |
| 4 | .562 | .316 | .151 | 5.54707 | .002 | .086 | 1 | 25 | .772 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 4 não apresenta um valor significativo ($p = .772$). Neste sentido, a hipótese específica 8 é rejeitada. Mais uma vez, podemos observar que o modelo 3 (modelo de controlo acerca do temperamento do bebé) dá um contributo significativo ($p = .031$) para a explicação da variável dependente.

4.2.9 Testagem da Hipótese Específica 9

Na Tabela 24, estão representados os resultados da testagem da hipótese específica 9 (ver Anexo XXV).

Tabela 24.

Regressão Linear; VD – Escala Completa (QPMSBP); VI – Conhecimento e Sensibilidade (EIPC)

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂</i> <i>ajustado</i> | <i>Erro</i> <i>padrão da</i> <i>estimativa</i> | <i>Mudança</i> <i>de R₂</i> | <i>Mudança</i> <i>de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|---|--|---|-------------------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .447 | .200 | .145 | 11.31257 | .200 | 3.627 | 2 | 29 | .039 |
| 2 | .450 | .202 | .084 | 11.70724 | .002 | .039 | 2 | 27 | .962 |
| 3 | .653 | .427 | .317 | 10.11220 | .225 | 10.189 | 1 | 26 | .004 |
| 4 | .654 | .427 | .290 | 10.30971 | .000 | .013 | 1 | 25 | .909 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 4 não apresenta um valor significativo ($p = .909$). Neste sentido, a hipótese específica 9 é rejeitada. Contudo, podemos observar que o modelo 1 (variáveis sociodemográficas e clínicas das participantes) dá um contributo significativo ($p = .039$) para a explicação da variável dependente, bem como o modelo 3 (modelo de controlo acerca do temperamento do bebé) dá um contributo significativo ($p = .004$).

4.2.10 Testagem da Hipótese Específica 10

Ao iniciar a testagem desta hipótese, foram criados novos modelos. Concretamente: modelo 1, com as variáveis idade da mãe, escolaridade e existência de filhos prévios à

última gravidez; modelo 2, com as variáveis idade cronológica, peso à nascença, dias de hospitalização e idade gestacional à nascença; e modelo 3, com a variável do temperamento (escala completa do QCB).

No modelo 2 que englobou a variável idade gestacional à nascença, foi detetada a presença de multicolinearidade, provavelmente devido à correlação com a variável peso à nascença (ver Anexo XXVI). Por esse motivo, a variável semanas de gestação à nascença foi eliminada e os modelos definitivos passaram a ser os seguintes: modelo 1, com as variáveis idade da mãe, escolaridade e existência de filhos prévios à última gravidez; modelo 2, com as variáveis idade cronológica, peso à nascença e dias de hospitalização; e modelo 3, com a variável do temperamento (escala completa do QCB).

Na Tabela 25, estão representados os resultados da testagem da hipótese específica 10 (ver Anexo XXVII).

Tabela 25.

Regressão Linear; VD – Dormir Mal, Acordar, Chorar (QPMSBP); VI – Escala Completa (QCB)

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂ ajustado</i> | <i>Erro padrão da estimativa</i> | <i>Mudança de R₂</i> | <i>Mudança de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .147 | .022 | -.083 | 4.55382 | .022 | .206 | 3 | 28 | .891 |
| 2 | .288 | .083 | -.137 | 4.66580 | .061 | .557 | 3 | 25 | .648 |
| 3 | .526 | .276 | .065 | 4.22986 | .194 | 6.419 | 1 | 24 | .018 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 3 apresenta um valor significativo ($p = .018$). Neste sentido, a hipótese específica 10 é aceite.

4.2.11 Testagem da Hipótese Específica 11

Na Tabela 26, estão representados os resultados da testagem da hipótese específica 11 (ver Anexo XXVIII).

Tabela 26.

Regressão Linear; VD – Presença para Adormecer (QPMSBP); VI – Escala Completa (QCB)

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂</i> <i>ajustado</i> | <i>Erro</i> <i>padrão da</i> <i>estimativa</i> | <i>Mudança</i> <i>de R₂</i> | <i>Mudança</i> <i>de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|---|--|---|-------------------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .397 | .158 | .067 | 5.814734 | .158 | 1.748 | 3 | 28 | .180 |
| 2 | .421 | .177 | -.020 | 6.08218 | .019 | .197 | 3 | 25 | .897 |
| 3 | .560 | .313 | .113 | 5.67044 | .136 | 4.762 | 1 | 24 | .039 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 3 apresenta um valor significativo ($p = .039$). Neste sentido, a hipótese específica 11 é aceite.

4.2.12 Testagem da Hipótese Específica 12

Na Tabela 27, estão representados os resultados da testagem da hipótese específica 12 (ver Anexo XXIX).

Tabela 27.

Regressão Linear; VD – Escala Completa (QPMSBP); VI – Escala Completa (QCB)

| <i>Modelo</i> | <i>R</i> | <i>R₂</i> | <i>R₂</i> <i>ajustado</i> | <i>Erro</i> <i>padrão da</i> <i>estimativa</i> | <i>Mudança</i> <i>de R₂</i> | <i>Mudança</i> <i>de F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>Sig. Mudança F</i> |
|---------------|----------|----------------------|---|--|---|-------------------------------|------------|------------|-----------------------|
| 1 | .447 | .200 | .114 | 11.51270 | .200 | 2.335 | 3 | 28 | .095 |
| 2 | .481 | .231 | .047 | 11.94274 | .031 | .340 | 3 | 25 | .797 |
| 3 | .661 | .436 | .272 | 10.43846 | .205 | 8.725 | 1 | 24 | .007 |

Como se pode verificar na tabela acima, o modelo 3 apresenta um valor significativo ($p = .007$). Neste sentido, a hipótese específica 12 é aceite.

5. Discussão de Resultados

O presente estudo objetivou estudar as associações e influências entre os cuidados maternos e a percepção materna do sono dos bebês nascidos de pré-termo, com mães de bebês com idades entre os 6 e os 12 meses, nascidos de pré-termo. Mais especificamente, se a percepção materna dos cuidados maternos prestados aos bebês nascidos de pré-termo se associa de forma compatível com a possibilidade de influenciarem a percepção materna do sono destes bebês. Os resultados obtidos, ao contrário do esperado, mostram que os cuidados maternos não parecem ser uma variável de maior influência na percepção do sono dos bebês pré-termo, mas sim a percepção materna sobre o temperamento dos bebês.

Ao realizar as análises de regressão, esperava-se que o modelo 4, onde estava inserida a variável independente “cuidados maternos”, apresentasse um contributo significativo na explicação da variância estatística das variáveis dependentes. A partir da análise dos resultados, é possível constatar que das doze hipóteses específicas, foram rejeitadas as primeiras nove hipóteses, que incluíam a variável independente “cuidados maternos” com a variável de controlo “temperamento” do bebê. As três últimas hipóteses (10, 11 e 12), que incluíam a variável independente “temperamento” do bebê foram corroboradas.

Separando o processo de análise dos resultados em duas partes, entendemos que, no decorrer do estudo e com os resultados apresentados, seria insuficiente limitar o estudo à proposta da hipótese geral. Na conclusão final acerca da hipótese geral, analisada pelas hipóteses específicas 1 a 9, os cuidados maternos não explicam a variância estatística do sono dos bebês nascidos de pré-termo. Contudo, foi notória a influência do temperamento do bebê nos resultados esperados. Este modelo que funcionava como uma variável de controlo, ao afetar e parecer explicar a variância que pretendíamos na

nossa variável dependente, levantou-nos novas hipóteses; possivelmente, a influência na percepção materna do sono dos bebês nascidos de pré-termo advém da percepção materna do temperamento dos bebês. Para tal, o estudo foi mais adiante e pretendeu dar resposta a estas novas questões definindo como variável independente o temperamento do bebê e tendo como variável dependente a percepção materna do sono dos bebês pré-termo.

É importante recordar que neste estudo foram trabalhadas variáveis provenientes da percepção materna, ou seja, não são variáveis que estudam o comportamento em si, mas sim a percepção sobre esse comportamento. Vários autores referem que, quando confrontados com o comportamento de outros, temos tendência a alterar o nosso próprio comportamento em resposta às interpretações que fazemos do outro (e.g., Jones, 1976; Hastorf et al., 1970). Existe um viés muito grande quando se trata da percepção do nosso próprio comportamento e do julgamento que fazemos dele, resultando numa percepção mais positiva do que realmente é.

O presente estudo parece corroborar estas hipóteses levantadas pela literatura na medida em que as mães demonstram ter uma tendência em suprimir a negatividade associada aos cuidados maternos que prestam aos seus bebês, transferindo a questão para o temperamento dos bebês, ou seja, externalizando a problemática para outro elemento que não o próprio, culpabilizando algo externo a elas mesmas de forma a protegerem-se desse sentimento. Esta poderá ser uma das explicações para os resultados obtidos na presente investigação relativamente à rejeição das hipóteses que comportam variáveis pessoais (os cuidados maternos) e à confirmação das hipóteses que efetivam a percepção do temperamento do bebê como a variável que explica a variância prevista no sono dos bebês nascidos de pré-termo.

Relativamente à explicação da variância estatística da primeira parte do estudo (hipóteses específicas 1 a 9) das variáveis “Dormir Mal, Acordar, Chorar” (hipóteses 1,

4 e 7), “Presença para Adormecer” (hipóteses 2, 5 e 8) e “Escala Completa do QPMSBP” (hipóteses 3, 6 e 9), verificou-se que a variável independente (EIPC) não apresenta contributos significativos ($p = .963$; $p = .879$; $p = .503$; $p = .929$; $p = .204$; $p = .523$; $p = .338$; $p = .772$ e $p = .909$; HE 1 a 9, respetivamente). Desta forma, podemos concluir que, no presente estudo, a qualidade dos cuidados maternos não teve uma influência significativa na perceção materna do sono dos bebés pré-termo. Os resultados parecem contrariar o proposto por Bordeleau e colegas (2012) que, na sua investigação, concluíram que a sensibilidade materna, correspondente à qualidade dos cuidados maternos, tem impacto no sono dos bebés; especificamente, uma maior qualidade nos cuidados maternos resultou em noites de sono mais prolongadas para os bebés.

Nestas nove hipóteses que incluíam a variável de controlo “temperamento”, notou-se a influência da variável sobre a variância estatística da variável “sono”. Assim sendo, as hipóteses 6, 7, 8 e 9 ($p = .040$; $p = .010$; $p = .031$ e $p = .039$; respetivamente) mostraram valores significativos para a explicação da variável dependente. Desta forma, levanta-se a hipótese de que o temperamento dos bebés poderá ser uma variável importante e que poderá dar um contributo significativo para a explicação da variância estatística do sono dos bebés pré-termo.

Nas hipóteses seguintes que dizem respeito à influência da perceção do temperamento dos bebés sobre o sono dos mesmos (hipóteses específicas 10 a 12), todas foram confirmadas ($p = .018$; $p = .039$ e $p = .007$; respetivamente). Desta forma, é possível concluir que o temperamento do bebé oferece uma explicação da variância estatística da perceção materna do sono dos bebés pré-termo. De modo semelhante, no estudo de Kelmanson (2004), o autor chegou a conclusões parecidas quando estudou o temperamento e as características do sono em bebés com 2 meses de idade. O autor referiu que a causa determinante do sono dos bebés é difícil de analisar objetivamente,

seja por características temperamentais do bebê ou por comportamentos parentais em resposta a essas características, justificando que os fatores intervenientes na causa estão em constante mudança e desenvolvimento. Ainda assim, Kelmanson (2004) concluiu que bebês que apresentavam um temperamento mais difícil, tinham também maiores problemas associados ao sono, em iniciá-lo e mantê-lo durante a noite.

Apesar da falta de consistência entre os resultados de estudos prévios e da literatura que o acompanha, em comparação com o presente estudo, alguns autores estudaram qual seria o efeito específico das estratégias utilizadas pelas mães nos cuidados maternos e não a qualidade dos cuidados maternos em geral. Para tal, focando nas práticas utilizadas para adormecer os bebês e de que forma poderiam estas estar na base dos problemas do sono, Anders e colegas (1992, citado por Toselli et al., 1998) concluíram que um dos fatores que está na base dos cuidados maternos no que concerne a rotina de adormecer os bebês que causa turbulência no sono dos mesmos foi a incapacidade de aprenderem a autorregular-se para adormecer porque já estão a dormir quando são deitados, o que faz com que não aprendam estratégias autorregulatórias para se acalmarem e adormecerem. Mais se acrescenta um possível fator importante ser a inconsistência entre as práticas parentais fomentadas pelos cuidadores e entre estes e não só pela figura materna (Staples, 2015).

Desta forma, concluindo, é possível entender que o presente estudo não conseguiu explicar a variância do sono pelos cuidados maternos em geral e que, possíveis explicações remetem para as variáveis psicológicas da percepção, para as estratégias utilizadas pela figura materna, ou por influência da relação parental e não necessariamente da díade mãe-bebê.

6. Conclusão, limitações e sugestões futuras

Os resultados obtidos no presente estudo devem ser tomados com cuidado. A amostra não apresenta uma dimensão que permita a generalização dos resultados à população geral de mães de bebés nascidos de pré-termo. Mais se acrescenta que não foi tomada em consideração a variável “risco” nos bebés e, portanto, é importante ter em conta que os resultados não podem ser conduzidos da mesma forma para uma população de maior risco que apresente alterações físicas e fisiológicas, onde os seus processos biológicos poderão ser afetados por variáveis externas ao estudo.

O objetivo primário de esta investigação prendia-se com o estudo da influência da variável cuidados maternos e, posteriormente, a perceção do temperamento dos bebés e a influencia no sono destes. As variáveis que foram comportadas no estudo, especificamente associadas a bebés nascidos de pré-termo, são variáveis pouco estudadas e trabalhadas, existindo alguma falta de informação que permita desenvolver e sustentar o estudo de forma mais completa, por modo a retirar conclusões mais seguras. No entanto, os resultados obtidos neste estudo proporcionam a continuidade de investigação destas variáveis, tendo por base uma amostra mais robusta, permitindo identificar mais relações entre as variáveis, eventualmente através de análises de mediação e de moderação, incluindo, por exemplo, variáveis como o stress parental e a saúde mental dos cuidadores.

Para terminar, considera-se importante a inclusão de grupos clínicos em estudos futuros, mais especificamente, grupos de bebés com indicadores precoces de patologias do sono. Esta investigação deixa aberta novas hipóteses de estudo, trabalhando as variáveis de forma concreta e não numa dimensão psicológica, de modo a entender o real impacto dos cuidados maternos no sono dos bebés nascidos de pré-termo.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Allen, E. C., Manuel, J. C., Legault, C., Naughton, M. J., Pivor, C., & O'Shea, T. M. (2004). Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. *Pediatrics*, *113*(2), 267-273.
- Almeida e Silva, P., Lapa Esteves, M., & Vicente Castro, F. (2013). Vinculação mãe bebê. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *2*(1), 729-736.
- Bates, J. E., Freeland, C. A. B., & Lounsbury, M. L. (1979). Measurement of infant difficultness. *Child development*, 794-803.
- Benoit, D., Parker, K. C., & Zeanah, C. H. (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(3), 307-313.
- Bordeleau, S., Bernier, A., & Carrier, J. (2012). Maternal sensitivity and children's behavior problems: Examining the moderating role of infant sleep duration. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*, 471-481. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.686101>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Vol. I). Penguin Book. Brandon.
- Bowlby, J. (1988). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Barfield, W. D. (2018). Public health implications of very preterm birth. *Clinics in perinatology*, *45*(3), 565-577.

- Bradley, R. H., Whiteside-Mansell, L., Brisby, J. A., & Caldwell, B. M. (1997). Parents' socioemotional investment in children. *Journal of Marriage and the Family*, 77-90.
- Braga, N., & Morsch, D. S. (2004). Cuidando da família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). *ME Moreira, JM Lopes & M Carvalho. O recém-nascido de alto risco, teoria e prática do cuidar. Fiocruz, Rio de Janeiro*, 543-563.
- Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C., & Sherman, M. (1989). Attachment: The Parental Perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 203-221.
- Caçola, P., & Bobbio, T. G. (2010). Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: a realidade atual. *Revista Paulista de Pediatria*, 28 (1), 70-76.
- Calkins, S. D., Smith, C. L., Gill, K. L., & Johnson, M. C. (1998). Maternal interactive style across contexts: Relations to emotional, behavioral and physiological regulation during toddlerhood. *Social Development*, 7(3), 350-369.
- Camarneiro, A. P. F., Alves, C. D. N., Ferreira, A. P. C., & Gomes, A. I. F. (2009). Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(2), 53-57.
- Carneiro, A., Magalhães, C., Dias, P., Baptista, J., Silva, J., Marques, S. & Soares, I. (2010). Avaliação do temperamento aos 13 e aos 24 meses: validação da versão portuguesa do Infant Characteristics Questionnaire.
- Carter, J. D., Mulder, R. T., Bartram, A. F. & Darlow, B. A. (2004). Infants in Neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 90.

- Casey, B. M., McIntire, D. D., & Leveno, K. J. (2001). The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. *New England Journal of Medicine*, *344*(7), 467-471.
- Chiodelli, T., Rodrigues, O. M. P. R., Pereira, V. A., Santos, P. L. D., & Fuertes, M. (2020). Face-to-Face Still-Face: Comparison between Interactive Behaviors of Full-Term and Preterm Infants. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *31*.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, *18*, 623-649.
- Coelho, M. A. (2020). Questionário da Percepção Materna acerca do Sono dos Bebés Nascidos de Pré-Termo.
- Cox, S. M., Hopkins, J., & Hans, S. L. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: Neonatal risk status and maternal representations. *Infant mental health journal*, *21*(6), 464-480.
- Dahl, R. E. (1996). The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, *8*, 3-27.
- De Wolff, M. S., & van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, *68*(4), 571-591.
- Easterbrooks, M. A., & Biringen, Z. (2005) The Emotional Availability Scales: Methodological refinements of the construct and clinical implications related to gender and at-risk interactions. *Infant Mental Health Journal*, *26*(4), 291-294.
- El-Sheikh, M., Hinnant, J. B., Kelly, R. J., & Erath, S. (2010). Maternal psychological control and child internalizing symptoms: Vulnerability and protective factors across

- bioregulatory and ecological domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 188–198.
- El-Sheikh, M., & Kelly, R. J. (2017). Family functioning and children's sleep. *Child development perspectives*, 11(4), 264-269.
- Emde, R. N. (2000). Next steps in emotional availability research. *Attachment and Human Development*, 2, 242-248.
- Feldman, R. (2009). The development of regulatory functions from birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development*, 80(2), 544-61.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother–infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1), e107-e114.
- Formiga, C. K. M. R., & Linhares, M. B. M. (2009). Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 472-480.
- Fonagy, P. & Target, M. (2002) Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335.
- Fuertes, M., Faria, A., Beeghly, M., & Lopes-dos-Santos, P. (2016). The effects of parental sensitivity and involvement in caregiving on mother–infant and father–infant attachment in a Portuguese sample. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 147.
- Fuertes, M., Faria, A., Fink, N., & Barbosa, M. (2011). Associations among maternal representations at birth and attachment in portuguese dyads with preterm and full-term infants. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 79-86.

- Fraley, R. C., Roisman, G. I., & Haltigan, J. D. (2013). The legacy of early experiences in development: formalizing alternative models of how early experiences are carried forward over time. *Developmental Psychology, 49*(1), 109.
- Gallegos-Martinez, J., Reyes-Hernández, J., & Scochi, C. (2013). The hospitalized preterm newborn: the significance of parents' participation in the Neonatal Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21*(6), 1360-1366.
- Gameiro, S., Martinho, B., Canavarro, M. C., & Moura-Ramos, M. (2008). Estudos psicométricos da escala de investimento parental na criança. *Psychologica, 48*, 77-99.
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., ... & McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child development, 58*, 505-529.
- Gomes, A. L. H. (2001). *As especificidades do vínculo da mãe com o bebê pré-termo na situação de internação* (Doctoral dissertation).
- Gomes, C. G. (2009). Cuidar do sono do bebê. *Revista de Enfermagem Referência, 2*(9), 69-77.
- Goodman, J. K., Cryder, C. E., & Cheema, A. (2012). Data Collection in a Flat World: The Strengths and Weaknesses of Mechanical Turk Samples. *Journal of Behavioral Decision Making, 26*(3), 213–224.
- Green, J. G., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2015). The myth of the miracle baby: how neonatal nurse interpret media accounts of babies of extreme prematurity. *Nursing Inquiry, 22*(3), 273-281.

- Grienenberger, J., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development, 7*, 299-311.
- Hastorf, A. H., Schneider, D. J., & Polefka, J. (1970). Person perception.
- Hauser, D. J., & Schwarz, N. (2016). Attentive Turkers: MTurk participants perform better on online attention checks than do subject pool participants. *Behavior Research Methods, 48*, 400–407.
- Hoffenkamp, H. N., Braeken, J., Hall, R. A., Tooten, A., Vingerhoets, A. J., & van Bakel, H. J. (2015). Parenting in complex conditions: Does preterm birth provide a context for the development of less optimal parental behavior?. *Journal of Pediatric Psychology, 40*(6), 559-571.
- Hugh-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Bogat, G. A. & von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child Development, 75*(2), 480-496.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). *Estatísticas Demográficas – 2019*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=463511884&att_display=n&att_download=y
- Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother–child interactions: an exploratory study. *Journal of reproductive and infant psychology, 32*(2), 163-181.
- Izard, C. E., Haynes, O. M., Chisholm, G., & Baak, K. (1991). Emotional determinants of infant-mother attachment. *Child Development, 62*(5), 906-917.

- Jones, E. E. (1976). How do people perceive the causes of behavior? Experiments based on attribution theory offer some insights into how actors and observers differ in viewing the causal structure of their social world. *American Scientist*, *64*(3), 300-305.
- Kelmanson, I. A. (2004). Temperament and sleep characteristics in two-month-old infants. *Sleep and Hypnosis*, *6*, 78-84.
- Klein, V. C., Gasparido, C. M., & Linhares, M. B. M. (2011). Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *24*(3), 542-550. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000300011>.
- Klein, V. C., Gasparido, C. M., Martinez, F. E., Grunau, R. E., & Linhares, M. B. (2009). Pain and distress reactivity and recovery as early predictors of temperament in toddlers born preterm. *Early Human Development*, *85*(9), 569-576. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhum dev.2009.06.001>.
- Kochanska, G. (1998). Mother-child relationship, child fearfulness, and emerging attachment: a short-term longitudinal study. *Developmental Psychology*, *34*(3), 480-490.
- Kopp, C. B. (2002). Commentary: The codevelopments of attention and emotion regulation. *Infancy*, *3*(2), 199-208.
- Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2009). Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behavior & Development*, *32*(3), 305-311.

- Lasiuk, G., Comeau, T., & Newburn-Cook, C. (2013). Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1-10.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 10, 60-69.
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., ... Black, R. E. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*, 388(10063), 3027-3035.
- Madenn, S. (2000). *The Premie Parent's Companion – The Essencial Guide to Caring for Your Premature Baby in the Hospital, at home, and Through the First Year.*
- Mason, Z. S., Briggs, R. D., & Silver, E. J. (2011). Maternal attachment feelings mediate between maternal reports of depression, infant social–emotional development, and parenting stress. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 382-394.
- Medeiros, J. K. B., Zanin, R. O., & Alves, K. S. (2009). Perfil do desenvolvimento motor do prematuro atendido pela fisioterapia. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 7, 367-372.
- Mendes, R. M. (2008). A criança, o sono e a escola. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(7), 7-19.
- Mendes, L. R., Fernandes, A., & Garcia, F. T. (2004). Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Acta Pediatr Port*, 35(4), 341-7.

- Mianaei, S., Karahroudy, F., Rassouli, M., & Tafreshi (2014). The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety and participation in NICU wards in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 19*(1), 94-100.
- Miller, A. L., McDonough, S. C., Rosenblum, K. R., & Sameroff, A. J. (2002). Emotion regulation in context: Situational effects on infant and caregiver behavior. *Infancy, 4*, 403-433.
- Misund, A., Nerdrum, P., & Diseth, T. (2014). Mental health in women experiencing preterm birth. *Pregnancy and Childbirth, 14*, 263.
- Molnar, A. (2019). SMARTRIQS: A simple method allowing real-time respondent interaction in qualtrics surveys. *Journal of Behavioral and Experimental Finance, 22*, 161-169.
- Moreira, J. D. O. (2007). A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro. *Mental, 5*(8), 91-106.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical child and family psychology review, 8*(4), 271-289.
- National Health and Medical Research Council, (NHRC, 2000). Clinical practice guidelines: care around preterm birth, Commonwealth of Australia. doi: www.nhmrc.gov.au/publications/subjects/clinical.htm
- Nobre, F. D. A., Carvalho, A. E. V., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2009). Estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano pós-natal. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 22*(3), 362-369

- Olson, S. L., Sameroff, A. J., Lunkenheimer, E. S., & Kerr, D. (2009). Self-regulatory processes in the development of disruptive behavior problems: The preschool-to-school transition. *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems*, 13, 144-185.
- Paolacci, G., Chandler, J., & Ipeirotis, P. G. (2010). Running experiments on Amazon Mechanical Turk. *Judgment and Decision Making*, 5(5), 411-419.
- Pergher, D. N. Q., Cardoso, C. L., & Jacob, A. V. (2014). Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência da mãe. *Estilos da Clínica*, 19(1), 40-56.
- Putnam, S. P., Sanson, A. V., & Rothbart, M. K. (2002). Child temperament and parenting.
- Quinn, J. A., Munoz, F. M., Gonik, B., Frau, L., Cutland, C., Mallett-Moore, T., ... & Brighton Collaboration Preterm Birth Working Group. (2016). Preterm birth: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunisation safety data. *Vaccine*, 34(49), 6047-6056.
- Rodrigues, M. R. C. (2002). Estimulação precoce: a contribuição da psicomotricidade na intervenção fisioterápica como prevenção de atrasos motores na criança cega congênita nos dois primeiros anos de vida. *Benjamin Constant*, (21).
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In W. Damon, R. M. Lerner, & N. Eisenberg. *Handbook of Child Psychology: Social, emotional and personality development*.
- Rothbart M. K., & Gartstein, M. A. (2009). Temperament. In J. B. Benson & M. M. Haith (Eds.), *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood*.
- Sameroff, A. (2009). *The transactional model*. American Psychological Association.

- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 6-66.
- Scochi, C. G. S., Costa, I. A. R., & Yamanaka, N. M. A. (1996). Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: Um panorama geral. *Acta Paulista de Enfermagem*, 9, 91-101.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (Vol. 10). São Paulo: Martins Fontes.
- Soares, I. (2001). Vinculação e cuidados maternos: Segurança, proteção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebê.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP]. (2014). Dia Mundial da Prematuridade. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>
- Sokolowski, M. S., Hans, S. L., Bernstein, V. J., & Cox, S. M. (2007). Mothers' representations of their infants and parenting behavior: Associations with personal and social-contextual variables in a high-risk sample. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 344-365.
- Sroufe, L. A. (1997). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (2003). Attachment categories as reflections of multiple dimensions: Comment on Fraley and Spieker. *Developmental Psychology*, 39, 413-416.
- Stams, G., Juffer, F., & Van Ijzendoorn, M. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle

- childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38, 806-821.
- Staples, A. D., Bates, J. E. & Petersen, I. T. (2015). IX. Bedtime routines in early childhood: Prevalence, consistency, and associations with nighttime sleep. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80(Serial No. 1), 141–159. <https://doi.org/10.1111/mono.12149>
- Stern, D., Bruschiweiller-Stern, N., & Freeland, A. (1998). *The birth of a mother*. Moshav Ben-Shemen, Mondan Publishing House.
- Thomas, A., & Chess, S. (1989). *Temperament and personality*.
- Thun-Hohenstein, L., Wienerroither, C, Schreuer, M., Seim, G., & Wienerroither, H. (2008). Antenatal mental representations about the child and mother–infant interaction at three months post-partum. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 9–19.
- Toselli, M., Farneti, P., & Salzarulo, P. (1998). Maternal representation and care of infant sleep. *Early Development and Parenting: An International Journal of Research and Practice*, 7(2), 73-78.
- Twilhaar, E. S., Wade, R. M., de Kieviet, J. F., van Goudoever, J. B., van Elburg, R. M., & Oosterlaan, J. (2018). Cognitive Outcomes of Children Born Extremely or Very Preterm Since the 1990s and Associated Risk Factors: A Meta-analysis and Meta-regression. *JAMA Pediatrics*.
- van den Bloom, D. C., & Hoeksma, J. B. (1994). The effect of infant irritability on mother-infant interaction: A growth-curve analysis. *Developmental psychology*, 30(4), 581.

- van der Mark, I. L., van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2002). Development of empathy in girls during the second year of life: Association with parenting, attachment, and temperament. *Social Development, 11*(4), 451-468.
- Vandell, D. L., Belsky, J., Burchinal, M., Steinberg, L., Vandergrift, N., & NICHD Early Child Care Research Network. (2010). Do effects of early childcare extend to age 15 years? Results from the NICHD study of early childcare and youth development. *Child development, 81*(3), 737-756.
- Walden, T. A., & Smith, M. C. (1997). Emotion regulation. *Motivation and Emotion, 21*(1), 7-26.
- World Health Organization [WHO]. (2018, Fevereiro). *Preterm birth*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Winnicott, D. W. (1990). Estabelecimento da relação com a realidade externa. *Natureza humana. Trad. Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago*.
- Winnicott, D. W. (1993). A família e o desenvolvimento individual. *São Paulo: Martins*.
- Yaari, M., Rotzak, N. L., Mankuta, D., Harel-Gadassi, A., Friedlander, E., Eventov-Friedman, S., Bar-Oz, B., Zucker, D., Shinar, O., & Yirmiya, N. (2018). Preterm-infant emotion regulation during the still-face interaction. *Infant Behavior and Development, 52*, 56-65.
- Zeanah, C. H., Benoit, D., Hirshberg, L., Barton, M. L., & Regan, C. (1994). Mothers' representations of their infants are concordant with infant attachment classifications. *Developmental Issues in Psychiatry and Psychology, 1*, 1-14.

Zentner, M., & Bates, J. E. (2008). Child temperament: An integrative review of concepts, research programs, and measures. *International Journal of Developmental Science*, 2(1-2), 7-37.