

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Transição para a Parentalidade: A Importância da História de  
Infertilidade em Casais com Bebés Nascidos de Pré-Termo**

**Catarina de Guimarães Seródio Monteiro Alves**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

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

**2017**



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Transição para a Parentalidade: A Importância da História de  
Infertilidade em Casais com Bebés Nascidos de Pré-Termo**

**Catarina de Guimarães Seródio Monteiro Alves**

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

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

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

**2017**



## Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor João Justo, pelo apoio incansável que me deu, pela sua disponibilidade, por sempre me ter feito acreditar que era possível, pela simpatia, pela paciência, pelo interesse que sempre demonstrou relativamente ao meu estudo. Um enorme obrigada.

A todos os profissionais da Maternidade Dr. Alfredo da Costa que autorizaram e facilitaram a recolha da minha amostra. À Associação XXS por ter apoiado o meu estudo e pela ajuda na divulgação do mesmo.

Aos amigos, por nunca terem duvidado de mim e por me terem apoiado sempre, nos bons e maus momentos. Às amigas, que além de terem partilhado comigo o curso, ficarão para a vida.

Um agradecimento especial à Bia que *deixou* uma marca especial na minha vida, simplesmente por ser quem é. À Bruna, todos precisamos de alguém assim na vida, sempre com um sorriso na cara e com a capacidade de relatar *factos* que colocam sempre um sorriso na cara. À Inês, pela ventoinha que ajudou muitas vezes no desbloqueio criativo e científico. Não tenho palavras para descrever a gratidão pela ajuda incansável, pelo apoio que ajudou a superar todas as adversidades.

Ao Jota, pelo amor, pelo apoio, pela paciência, por nunca duvidar de mim, por me fazer sempre sorrir, por cuidar de mim, pelas palavras de conforto, por tudo. Não é preciso dizer muito mais. Obrigada.

Ao pai e à Lia, pelo apoio incondicional, pela preocupação, pelo amor, por terem estado sempre presentes durante este processo, um enorme obrigada.

À mãe, que nunca poderei agradecer o suficiente por tudo. Pela confiança e apoio incondicional, pelo amor, pela força, pela preocupação, por tudo. Do fundo do meu coração, obrigada.

A todos os que, de alguma forma, se cruzaram comigo nesta jornada e que contribuíram para que a mesma tenha sido tão enriquecedora.



## RESUMO

**Introdução:** A transição para a parentalidade é um processo cuja vivência é idiossincrática para cada progenitor, principalmente quando o bebé nasce de pré-termo. O nascimento prematuro dos bebés é um acontecimento bastante significativo na vida dos pais e com grande probabilidade de ocorrência em casais com historial de infertilidade.

**Objetivo:** O presente estudo tem como objetivos compreender as possíveis diferenças na transição para a parentalidade entre mães e pais e compreender as possíveis diferenças na transição para a parentalidade entre casais com história de infertilidade e casais sem história de infertilidade.

**Amostra:** Mães (N = 36) e pais (N = 11) de bebés nascidos de pré-termo com idades compreendidas entre os 10 e os 20 meses de idade, recrutados na Consulta de Desenvolvimento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, através de aplicações on-line apoiadas pela Associação XXS e nos contactos da rede social da investigadora.

**Instrumentos:** Após o preenchimento do Questionário Sociodemográfico e Clínico, era entregue aos participantes um protocolo com quatro questionários: o Questionário das Características do Bebé (QCB), o Questionário sobre o Padrão de Choro (QPC), o Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebé (QCAB) e o Questionário do Sono do Bebé (QSB).

**Resultados:** Devido à reduzida amostra de participantes do sexo masculino não foi possível alcançar o primeiro objetivo deste estudo. Relativamente ao segundo objetivo, o mesmo foi parcialmente confirmado: a existência/inexistência de historial de infertilidade parece afetar a perceção materna relativamente ao apetite do bebé, à facilidade em acalmar o bebé quando o mesmo está perturbado e ao sono do bebé.

**Conclusão:** Esta investigação parece mostrar que a história de infertilidade altera a forma como a mãe percebe e se relaciona com o bebé. Para além disso, reforça a ideia de que a perceção materna acerca dos bebés nos primeiros instantes de vida pode influenciar a perceção materna relativamente ao bebé a longo prazo.

**Palavras-chave:** transição para a parentalidade; bebés nascidos de pré-termo; historial de infertilidade; perceção materna do bebé



## **ABSTRACT**

**Introduction:** The transition to parenthood is a process whose experience is unique for each parent, especially when a baby is born pre-term. The premature birth of babies is a significantly event in parents' life and with a high probability of happening in couples with a history of infertility.

**Objective:** As objectives the present study tries to understand the possible differences in transition to parenthood between mothers and fathers and to understand the possible differences in transition to parenthood between couples with and without infertility history.

**Sample:** Mothers (N = 36) and fathers (N = 11) of pre-term babies with ages between 10 and 20 months, recruited at the Development Consultation of Maternidade Dr. Alfredo da Costa, through online applications supported by Associação XXS and in the social network contacts of the investigator.

**Instruments:** After the application of the Sociodemographic and Clinical Questionnaire, the participants were asked to fill a protocol with four questionnaires: the Baby's Characteristics Questionnaire, the Crying Pattern Questionnaire, the Questionnaire of the Baby's Eating Behavior and the Baby's Sleeping Questionnaire.

**Results:** Due to the reduced sample of male participants, it was not possible to reach the first objective of this study. Relatively to the second objective, this was partially confirmed: the existence/inexistence of infertility history seems to affect the maternal perception about the baby's appetite, about the ease in calming the baby when he is distressed and about the sleep of the baby.

**Conclusion:** This investigation seems to show that the infertility history is a factor able to influence the way mothers perceive and relate with their babies. Furthermore, reinforces the idea that maternal perception about the baby on the first moments of life may influence mothers' perception about the baby in the long run.

**Key words:** transition to parenthood; pre-term babies; infertility history; maternal perception about the baby



## Índice

1. Introdução Teórica.....	1
1.1. Infertilidade.....	1
1.2. Transição para a parentalidade .....	3
1.3. Prematuridade .....	5
1.4. Infertilidade e bebês nascidos de pré-termo .....	6
1.5. Transição para a parentalidade e a existência de história de infertilidade.....	7
1.6. Transição para a parentalidade e os bebês nascidos de pré-termo.....	11
2. Objetivo e Hipótese Geral .....	17
2.1. Objetivos Gerais .....	17
2.2. Hipóteses Gerais .....	17
3. Método.....	19
3.1. Definição de variáveis .....	19
3.2. Operacionalização das variáveis .....	19
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico .....	19
3.2.2. Questionário das Características do Bebê (QCB) .....	19
3.2.3. Questionário sobre o Padrão de Choro do Bebê (QPC).....	20
3.2.4. Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebê (QCAB) .....	20
3.2.5. Questionário do Sono do Bebê (QSB) .....	21
3.3. Hipóteses Específicas .....	21
3.4. Procedimento .....	29
3.5. Seleção da amostra.....	30
3.6. Caracterização da amostra .....	30
4. Resultados.....	35
4.1. Análise da Consistência Interna.....	35
4.1.1. Questionário das Características do Bebê (QCB) .....	35
4.1.2. Questionário sobre o Padrão de Choro do Bebê (QPC).....	36

4.1.3. Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebê (QCAB) .....	36
4.1.4. Questionário do Sono do Bebê (QSB) .....	37
4.2. Testagem do ajustamento à distribuição normal.....	37
4.3. Estatística descritiva dos resultados das participantes nos instrumentos psicométricos .....	38
4.4 Testagem das hipóteses específicas .....	42
4.4.1 Testagem das Hipóteses Específicas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 e 41 .....	42
4.4.2. Testagem da Hipótese Específica 42.....	42
4.4.3. Testagem da Hipótese Específica 43.....	43
4.4.4. Testagem da Hipótese Específica 44.....	43
4.4.5. Testagem da Hipótese Específica 45.....	43
4.4.6. Testagem da Hipótese Específica 46.....	43
4.4.7. Testagem da Hipótese Específica 47.....	44
4.4.8. Testagem da Hipótese Específica 48.....	44
4.4.9. Testagem da Hipótese Específica 49.....	44
4.4.10. Testagem da Hipótese Específica 50.....	44
4.4.11. Testagem da Hipótese Específica 51.....	44
4.4.12. Testagem da Hipótese Específica 52.....	45
4.4.13. Testagem da Hipótese Específica 53.....	45
4.4.14. Testagem da Hipótese Específica 54.....	45
4.4.15. Testagem da Hipótese Específica 55.....	45
4.4.16. Testagem da Hipótese Específica 56.....	46
4.4.17. Testagem da Hipótese Específica 57.....	46
4.4.18. Testagem das Hipóteses Específicas 58, 59, 60, 61, 62 e 63 .....	46
4.4.19. Testagem da Hipótese Específica 64.....	46

4.4.20. Testagem das Hipóteses Específicas 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81 e 82 .....	47
4.4.21. Conclusão da testagem das Hipóteses Específicas e das variáveis sociodemográficas e clínicas .....	49
5. Discussão de Resultados e Principais Conclusões .....	51
5.1. Limitações do estudo .....	54
5.2. Investigações futuras.....	55
6. Bibliografia.....	57



## **Índice de Tabelas**

Tabela 1. Caracterização das variáveis sociodemográficas das mães .....	30
Tabela 2. Caracterização das variáveis sociodemográficas dos pais.....	31
Tabela 3. Caracterização da história de infertilidade (mães) .....	32
Tabela 4. Dados sobre a gravidez (mãe) .....	33
Tabela 5. Dados sobre o bebê (mãe) .....	34
Tabela 6. Análise de regressão (Modelos) .....	42
Tabela 7. Análise de regressão linear de H46 .....	43
Tabela 8. Análise de regressão linear de H54 .....	45
Tabela 9. Análise de regressão linear de HE64 .....	47
Tabela 10. Análise de regressão linear de HE72 .....	47
Tabela 11. Análise de regressão linear de HE73 .....	48
Tabela 12. Análise de regressão linear de HE46 .....	48



## **Índice de Anexos – Anexos Relativos à Metodologia (em CD)**

Anexo A – Ata nº2 da Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2016/2017

Anexo B - Carta para o/a Sr./Sra. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Central

Anexo C - Carta para a Sra. Diretora do Serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Anexo D – Carta para a Sra. Coordenadora do Serviço de Psicologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Anexo E – Carta para a Psicóloga Responsável pela Intervenção Psicológica no Serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Anexo F – Parecer Hierárquico sobre Projeto de Investigação no Centro Hospitalar de Lisboa Central

Anexo G – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Central

Anexo H – Folha de Informação aos Participantes

Anexo I – Consentimento Informado

Anexo J – Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo L – Autorização para a utilização do Questionário das Características do Bebé

Anexo M – Questionário das Características do Bebé (Versão Mãe)

Anexo N – Questionário das Características do Bebé (Versão Pai)

Anexo O – Autorização para a utilização do Questionário do Padrão de Choro do Bebé e do Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebé

Anexo P – Questionário do Padrão de Choro do Bebé

Anexo Q – Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebé

Anexo R – Questionário do Sono do Bebé

Anexo S – Questionário On-Line



## **Índice de Anexos – Relativos à Análise Estatística (em CD)**

Anexo 1 – Análise da Consistência Interna (QCB)

Anexo 2 – Análise da Consistência Interna (QCAB)

Anexo 3 – Análise da Consistência Interna (QSB)

Anexo 4 – Análise de ajustamento à distribuição normal

(Variáveis Sociodemográficas e Clínicas)

Anexo 5 – Análise de ajustamento à distribuição normal (QCB)

Anexo 6 – Análise de ajustamento à distribuição normal (QPC)

Anexo 7 – Análise de ajustamento à distribuição normal (QCAB)

Anexo 8 – Análise de ajustamento à distribuição normal (QSB)

Anexo 9 – Análise descritiva do QCB

Anexo 10 – Análise descritiva do QPC

Anexo 11 – Análise descritiva do QCAB

Anexo 12 – Análise descritiva do QSB – Um constructo

Anexo 13 – Análise descritiva do QSB – 18 itens independentes

Anexo 14 – Análise de regressão da hipótese específica 42

Anexo 15 – Análise de regressão da hipótese específica 43

Anexo 16 – Análise de regressão da hipótese específica 44

Anexo 17 – Análise de regressão da hipótese específica 45

Anexo 18 – Análise de regressão da hipótese específica 47

Anexo 19 – Análise de regressão da hipótese específica 48

Anexo 20 – Análise de regressão da hipótese específica 49

Anexo 21 – Análise de regressão da hipótese específica 50

Anexo 22 – Análise de regressão da hipótese específica 51

Anexo 23 – Análise de regressão da hipótese específica 52

Anexo 24 – Análise de regressão da hipótese específica	53
Anexo 25 – Análise de regressão da hipótese específica	56
Anexo 26 – Análise de regressão da hipótese específica	57
Anexo 27 – Análise de regressão da hipótese específica	58
Anexo 28 – Análise de regressão da hipótese específica	59
Anexo 29 – Análise de regressão da hipótese específica	60
Anexo 30 – Análise de regressão da hipótese específica	61
Anexo 31 – Análise de regressão da hipótese específica	62
Anexo 32 – Análise de regressão da hipótese específica	63
Anexo 33 – Análise de regressão da hipótese específica	65
Anexo 34 – Análise de regressão da hipótese específica	66
Anexo 35 – Análise de regressão da hipótese específica	67
Anexo 36 – Análise de regressão da hipótese específica	68
Anexo 37 – Análise de regressão da hipótese específica	69
Anexo 38 – Análise de regressão da hipótese específica	70
Anexo 39 – Análise de regressão da hipótese específica	71
Anexo 40 – Análise de regressão da hipótese específica	74
Anexo 41 – Análise de regressão da hipótese específica	75
Anexo 42 – Análise de regressão da hipótese específica	76
Anexo 43 – Análise de regressão da hipótese específica	78
Anexo 44 – Análise de regressão da hipótese específica	79
Anexo 45 – Análise de regressão da hipótese específica	80
Anexo 46 – Análise de regressão da hipótese específica	81
Anexo 47 – Análise de regressão da hipótese específica	82

## **1. Introdução Teórica**

### **1.1. Infertilidade**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, após doze meses de relações sexuais desprotegidas sem concepção, um casal é considerado infértil (Faria, 2001). A infertilidade afeta mais de 15% dos casais em idade reprodutora no mundo inteiro, segundo a OMS (Dornelles, MacCallum, Lopes, Piccinini, & Passos, 2016). Em Portugal, o número de pessoas inférteis deve rondar os 40.000 (Faria, 2001). Estima-se que um terço das mulheres portuguesas que sofrem de problemas de infertilidade desconhece o motivo da mesma (Silva-Carvalho & Santos, 2009).

Estima-se que 40% dos fatores de infertilidade se podem atribuir à mulher, assim como se podem atribuir outros 40% ao homem e os outros 20% a fatores mistos, onde cerca de 10% são de causa desconhecida (Faria, 2001). Morse e Dennerstein (1985) definem três subgrupos de casais que sofrem de infertilidade: aqueles que apresentam problemas orgânicos definidos, os que não possuem causas orgânicas e os que, mesmo tendo conseguido solucionar os problemas orgânicos, não conseguem ter filhos.

A infertilidade pode ter base orgânica ou psicológica e pode ser primária ou secundária. A infertilidade primária é a que se refere à dificuldade em concretizar uma primeira gravidez, enquanto a secundária diz respeito a uma segunda ou mais gravidezes. A infertilidade pode ter quatro tipos de origem: feminina, masculina, mista, desconhecida e a psicológica, esta última muitas vezes conhecida como causa desconhecida (Esteves, 2009).

A infertilidade é um fenómeno complexo que abrange muito mais do que a incapacidade biológica em conceber. A infertilidade afeta a maneira como as pessoas se sentem relativamente a si mesmas, o sentimento na sua relação com o parceiro e a sua visão geral sobre a vida (Cox, Glazebrook, Sheard, Ndukwe, & Oates, 2006).

A infertilidade pode representar inúmeras perdas, dependendo de indivíduo para indivíduo, como a perda da fertilidade, do filho desejado, do herdeiro genético, do filho ideal, do filho fantasiado, da saúde física, da aquisição da parentalidade, dos planos de vida e objetivos, do funcionamento sexual, da satisfação marital, do controlo dos próprios órgãos reprodutivos e do sentimento de normalidade. Respostas de luto como raiva, desespero, protesto, procura, depressão, tristeza e negação são respostas emocionais comuns à infertilidade (Burns, 1990). A infertilidade é, também, percecionada de maneira

diferente pelo sexo masculino e pelo sexo feminino. A maioria dos homens que participaram no estudo de Burns (1990) revelou que a infertilidade para eles foi muito menos perturbadora e alteradora das suas vidas do que para as suas parceiras. Esta diferença pode dever-se ao facto de as mulheres, geralmente, estarem mais investidas e envolvidas na gravidez e na criação dos filhos do que os homens. O facto de a idade fértil das mulheres ser mais limitada do que a dos homens pode também contribuir para esta diferença.

Parece haver uma relação entre alguns fatores psicológicos, como a depressão e a ansiedade, e a infertilidade. Estes fatores podem afetar a capacidade de a mulher conseguir conceber (Domar et al., 2000; Hosaka, Matsubayashi, Sugiyama, Izumi, & Makino, 2002). E se sintomas psicológicos, como a depressão, inibem essa conceção, as intervenções que reduzem esses sintomas podem estar associadas a aumentos de taxas de gravidez. Diversos estudos, como o de Domar e colaboradores (2000), indicam que as intervenções psicológicas podem levar a um aumento da taxa de gravidez. Este aumento da taxa de gravidez em mulheres que participaram em intervenções psicológicas pode dever-se ao facto de o apoio psicológico auxiliar no alívio de certos sintomas derivados de fatores psicológicos que podem dificultar a fertilidade, como a depressão. Hosaka e colaboradores (2002) foram mais longe e mostraram que as mulheres inférteis revelam uma atividade bioquímica das células NK (*Natural Killer Cell*) muito maior do que as mulheres que não sofrem de infertilidade e que a redução desta atividade, através da intervenção em grupo, pode produzir um aumento da taxa de gravidez.

A infertilidade é considerada uma crise de vida muito grande nos casais, pois a mesma representa a incapacidade de conseguir concretizar um importante objetivo na vida de um casal, o desejo de ter um filho. Isto pode trazer diversos problemas aos casais, inclusive uma menor qualidade de vida, dado que a maioria das pessoas que passa por uma experiência de infertilidade associa-a a uma experiência negativa causadora de vários níveis de disrupção e de alteração nas suas vidas (Burns, 1990; Moura-Ramos, Gameiro, Soares, Santos, & Canavarro, 2010). No entanto, pode também trazer benefícios ao casamento. Uma vez que a infertilidade é um problema partilhado, força o casal a comunicar e a partilhar sentimentos sobre o problema, sobre o que sentem e sobre possíveis soluções, o que promove uma maior aproximação e intimidade na relação (Moura-Ramos, Gameiro, Soares, Santos, & Canavarro, 2010).

## **1.2. Transição para a parentalidade**

A parentalidade é um processo no qual o indivíduo se torna pai ou mãe de modo psicológico e que se inicia com a vontade de ter um filho, desenvolvendo-se durante a gravidez e continuando depois de o bebê nascer (Cestari, 2008). Durante a gravidez, os pais experienciam desejos e medos intensos sobre o seu bebê que ainda não nasceu e também sobre as enormes mudanças que as suas vidas, tanto internas como externas, irão sofrer (Birss, 2007).

Ao contrário do que acontecia no passado, em que a parentalidade era algo mais associado às mulheres, à maternidade, hoje, parece haver um crescimento muito grande do investimento paternal (Faria, 2001). Além disso, atualmente, na sociedade ocidental, há uma tendência cada vez maior para se atrasar a parentalidade. Cada vez mais as mulheres atingem a maternidade por volta ou após os 30 anos de idade. Conseqüentemente, os homens, que têm, em média, entre dois a quatro anos mais do que as parceiras, também atingem a paternidade mais tarde. Esta mudança de idades na aquisição da parentalidade pode estar associada à mudança do estilo de vida e à orientação da carreira (Van Balen, 2005).

A parentalidade tardia está associada a um nível de educação mais elevado e, os pais que optam por adiá-la, geralmente referem o desenvolvimento pessoal como a justificção para tal. No entanto, quando comparados os pais jovens e os pais mais velhos, ambos parecem dar importância aos objetivos educacionais, a uma vida bem-sucedida e à tolerância, sendo que os pais mais jovens parecem atribuir uma maior importância ao futuro sucesso da criança, do que os pais mais velhos (Van Balen, 2005).

A transição para a parentalidade, além de ser um processo no qual os casais diferenciam a relação entre os subsistemas da dinâmica conjugal e da dinâmica de parentalidade, pode ser percebida como um evento positivo da vida, mas também pode ser considerada uma “crise”. O nascimento do primeiro filho transforma completamente a vida dos casais e faz com que eles tenham de mudar inúmeras coisas nas suas dinâmicas e funcionamento de modo a conseguirem adaptar-se aos seus novos papéis de pais (Moreno-Rosset, Arnal-Remón, Antequera-Jurado, & Ramírez-Uclés, 2016).

O bem-estar dos casais pode mudar bastante entre as fases da transição para a parentalidade. No entanto, estas mudanças são transitórias e, geralmente, estabilizam um ano ou um ano e meio após o nascimento do bebê (Moreno-Rosset et al., 2016).

O ajustamento que ocorre durante a transição para a parentalidade é percebido de diferentes maneiras pelos dois géneros. As mulheres tendem a reportar maiores níveis de stress e de insatisfação marital e maiores mudanças na sua rotina e no seu modo de vida, quando comparadas com os parceiros. No entanto, nem todos os casais revelam insatisfação marital aquando da transição para a parentalidade; há alguns que mantêm os mesmos níveis de satisfação que tinham antes de o bebé nascer (Moreno-Rosset et al., 2016).

A parentalidade é também sentida de maneira diferente pelo pai e pela mãe e a perceção do temperamento da criança pode influenciar o stress e o envolvimento parental. Por exemplo, as crianças que na perceção parental são vividas como menos intensas do ponto de vista emocional são menos causadoras de stress. No entanto, estas diferenças no stress associado a altos ou baixos níveis de intensidade emocional só parecem existir para as mães de rapazes e para os pais de raparigas. Isto pode dever-se ao facto de as relações pai/mãe-criança do sexo oposto serem mais desafiadoras. No entanto, há que ter em conta os aspetos do temperamento da criança que, em combinação com o género da criança, podem estar relacionados com o stress, dependendo do género dos pais. Crianças do género feminino que sejam menos sociáveis, também parecem ter um pai menos envolvido, o que mostra que o temperamento da criança poderá estar relacionado também com o envolvimento parental. No entanto, estas diferenças entre pais e mães podem ser fruto das expectativas sociais, porque, geralmente, se espera que as mães desenvolvam um papel ativo no crescimento da sua criança. Tal torna os seus níveis de envolvimento não tão opcionais, o que poderá fazer com que as mães sejam menos influenciadas pelas características dos filhos. Já os pais parecem ter uma maior escolha na definição dos seus papéis parentais e responsabilidades, o que pode levar a que os seus níveis de envolvimento possam ser mais influenciados pelas características dos seus filhos (McBride, Schoppe, & Rane, 2002).

No caso de mulheres múltiparas, que já tiveram um ou mais filhos antes, a transição para a parentalidade deste novo bebé é realizada de maneira diferente. Apesar de estas mães já terem tido a experiência da transição para a parentalidade e essa experiência poder ser benéfica no nascimento do novo bebé, não se pode descurar o facto de as mães múltiparas terem menos tempo, em termos de rotina diária, do que aquelas que são mães pela primeira vez. A própria gravidez destas mulheres é pautada por manifestações de ansiedade diferentes da ansiedade que mães pela primeira vez sentem. A origem de

algumas dessas manifestações de ansiedade dizem respeito ao primeiro filho (Canavarro, 2001). Estas mães preocupam-se em arranjar uma forma de dar a atenção adequada a todos os seus filhos e também a reduzir os ciúmes dos primeiros filhos ao mínimo possível. Além disso, também existem muitas preocupações financeiras relacionadas com a alimentação, com a roupa e com todas as questões que asseguram a sobrevivência de outro bebé, ao mesmo tempo que mantêm uma relação com os seus parceiros e continuam a sua carreira (Lederman & Weis, 2009).

### **1.3. Prematuridade**

O bebé prematuro é aquele que nasce antes das 37 semanas e cujos órgãos e sistemas ainda se encontram imaturos, o que deixa o bebé mais vulnerável a certas doenças. As unidades neonatais ajudam os bebés a controlar a temperatura corporal, a respiração e a alimentação, funções estas que o prematuro tem dificuldades em controlar. O bebé prematuro pode classificar-se, segundo a idade gestacional, em três grupos: prematuro limiar, prematuro moderado e prematuro extremo. O prematuro limiar é aquele que nasce entre as 33 e as 36 semanas e/ou tem um peso à nascença entre 1,5kg e 2,5kg. O prematuro moderado nasce entre as 28 e as 32 semanas e/ou nasce com um peso entre 1kg e 2,5kg. Por fim, o prematuro extremo é aquele que nasce antes das 28 semanas e/ou pesa menos de 1kg (Associação XXS, 2016).

O bebé prematuro apresenta um nível de ativação menor, com períodos de mobilidade e de estado de alerta mais curtos e menos frequentes (Corter & Minde, 1987). Como a reatividade do bebé prematuro é menor e diferente da do bebé saudável, o bebé tem uma menor previsibilidade com base em sinais comportamentais que não são tão claros e de fácil compreensão pelo interlocutor (Barros, 2001).

A própria comunicação e interação do bebé nascido de pré-termo é menos adequada do que a do bebé de termo. Por exemplo, o padrão de choro é diferente, o choro do bebé nascido de pré-termo é avaliado como mais aversivo e pode provocar, no cuidador, uma reação fisiológica típica de um estado de alerta emocional negativo (Frodi & Lamb, 1978). Os bebés nascidos de pré-termo, como têm dificuldade em fixar o olhar, tornam o contacto visual mais difícil; também emitem menos sinais facilitadores de continuidade da interação, pois sorriem e vocalizam menos, o que demonstra uma tonalidade afetiva global que não é muito positiva (Barros, 2001). Alguns autores, como Escalona (1984,

citado por Barros, 2001), defendem que esta diferença nas competências de interação começa a diminuir muito cedo e que aos 12 meses já não se observam estas diferenças. Outros autores, como McBurney e Grunau (1986, citados por Barros, 2001) defendem que, nos primeiros anos de vida, as crianças que nasceram de pré-termo ainda têm maiores dificuldades na interação social, algo que deixa de ser observável quando as crianças atingem os 5 anos de idade.

Cerca de 10 a 15% dos bebés que nascem de pré-termo têm uma maior probabilidade de sofrer perturbações moderadas de desenvolvimento e dificuldades de aprendizagem ou mesmo problemas de desenvolvimento mais sérios (Cohen, 1987; Golberg & DiVitto, 1983, citados por Barros, 2001). Muito embora, nos primeiros tempos de vida, estes bebés nascidos de pré-termo tenham um desenvolvimento mais lento, quando comparados com os bebés de termo, aos 9 meses, aqueles que não sofreram complicações perinatais graves demonstram resultados semelhantes aos bebés de termo (Aylward, 1982; Goldstein, Caputo & Taub, 1976, citados por Barros, 2001). Outros estudos (Greenberg & Crnic, 1988; Escalona, 1984, citados por Barros, 2001) corroboram estes resultados e afirmam que, aos 2 anos de idade, não se verificam diferenças significativas no desenvolvimento global, mesmo para os bebés nascidos de pré-termo com um peso muito baixo. No entanto, com atitudes educacionais menos estimulantes e nos meios socioeconómicos mais carenciados, estas diferenças tendem a agravar-se.

#### **1.4. Infertilidade e bebés nascidos de pré-termo**

Há diversas causas para a infertilidade, muitas delas, muitas vezes desconhecidas. E, dentro dos casais inférteis, há aqueles que engravidam por reprodução medicamente assistida e há outros que engravidam espontaneamente (M. Ferreira et al., 2016). É bastante difícil descobrir todos os casais que tiveram um bebé após uma história de infertilidade (M. Ferreira et al., 2016) e é por isso que decidimos focar-nos apenas nos bebés nascidos de pré-termo nesta investigação, dado que o parto de bebés prematuros é algo bastante comum nas gravidezes com historial de infertilidade (Dornelles et al., 2016), o que nos permitirá obter uma maior amostra destes casais.

As mulheres que tiveram um historial de infertilidade estão mais propensas a desenvolver complicações durante a gravidez, como o parto prematuro, independentemente de terem ou não realizado algum tratamento para a infertilidade

(Holditch-Davis, Sandelowski, & Harris, 1998; Valenzuela-Alcaraz et al., 2016). O estudo de Valenzuela-Alcaraz e colaboradores (2016) mostra que o facto de mulheres com história de infertilidade, que realizaram ou não tratamentos de infertilidade, terem resultados perinatais adversos pode estar relacionado com os fatores maternos associados à infertilidade, mais do que com o tipo de reprodução medicamente assistida. No entanto, estes resultados adversos também aumentam com o recurso a tratamentos mais intensos, como a fertilização *in vitro* ou a microinjeção intracitoplasmática, que estão associados a uma maior prevalência de bebés nascidos de pré-termo, tanto em gravidezes de um único bebé como de gémeos. Aliás, a fertilização *in vitro* aumenta a possibilidade de uma gravidez gemelar, o que poderá também estar relacionado com a maior probabilidade de ocorrer um parto prematuro (Ulrich, Gagel, Hemmerling, Pastor, & Kentenich, 2004).

### **1.5. Transição para a parentalidade e a existência de história de infertilidade**

Hoje em dia, o primeiro filho nasce, geralmente, quando a mãe já se encontra no limite dos trinta anos, num momento em que a mulher já não está na fase mais fértil da sua vida. Quando, com esta idade, o casal decide ter filhos, aparecem diversas vezes, problemas de infertilidade, tanto num como nos dois membros do casal, o que vai complicar a transição destes casais para a parentalidade (Borges, 2009; Van Balen, 2005). No entanto, a aquisição da parentalidade nesta idade pode dever-se aos próprios problemas de infertilidade que podem surgir antes (Van Balen, 2005). No âmbito dos tratamentos de infertilidade, processo já de si demorado e difícil (Borges, 2009), além da transição para a parentalidade, temos também uma transição entre infertilidade e fertilidade medicamente assistida (Moreno-Rosset et al., 2016).

Segundo Serra e Leal (2006), as crianças que nascem fruto de tratamentos de infertilidade são percebidas pelos pais como uma criança, além de muito desejada, uma criança “milagre”, sendo considerada como o bem mais precioso desses pais.

A infertilidade é um processo difícil, onde a manifestação de sintomatologia depressiva e ansiosa está muito presente. Estas sequelas podem não desaparecer, mesmo depois de o filho ter nascido, algo que poderá afetar a relação com o tão desejado filho, além de poder mesmo afetar a estabilidade emocional e o desenvolvimento psicológico do mesmo (Borges, 2009; Serra & Leal, 2006).

As mulheres que concebem após a tecnologia de reprodução assistida revelam níveis de ansiedade mais elevados do que as mulheres que concebem espontaneamente, inclusive uma grande ansiedade relativamente à sua própria eficácia como mães (Dornelles et al., 2016). Segundo os mesmos autores, para algumas mulheres, os sentimentos negativos de “falha” relativos à infertilidade prévia podem manter-se mesmo depois do início da gravidez. Logo, pode haver sentimentos de incompetência trazidos pelo tratamento de infertilidade que, em conjunto com as suas próprias características psicológicas, fazem com que a gravidez depois da tecnologia de reprodução assistida seja um caminho muito importante para a parentalidade.

Esta transição para a parentalidade de casais que se submeteram a tratamentos de infertilidade pode, no entanto, ser realizada com maiores níveis de satisfação marital. Isto pode dever-se à experiência de infertilidade, que, pelas exigências quer do tempo físico quer do tempo psicológico despendido antes da concepção, pode tornar o casal mais forte, permitindo-lhe enfrentar outras dificuldades, tais como as que os casais enfrentam na transição para a parentalidade (Burns, 1990; Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro, Santos, & Dattilio, 2011; Sydsjö, Wadsby, Kjellberg, & Sydsjö, 2002).

No estudo de Frances-Fischer e Lightsey (2003) sobre a parentalidade após infertilidade primária, a maioria dos participantes revelou que atingir a parentalidade fez com que a maioria da infelicidade experienciada durante a infertilidade fosse apagada. No entanto, uma grande percentagem (39%) revelou que a infertilidade deixou uma marca permanente nas suas vidas. Além disso, também revelaram que a sua vida sem a parentalidade não estaria completa e que os mesmos não estavam confiantes em deixar os filhos com alguém que não fosse da família. A maioria de estes pais confessa que querem ser os “pais perfeitos”. Trinta e quatro por cento destes pais revelaram que são pais hiper-protetores devido a toda a experiência pela qual passaram para terem um filho.

Faria (2001) refere que estas crianças são, muitas vezes, mal-aceites ou, se não forem mal-aceites, sofrem de hiperprotecção pela parte dos pais. O nascimento da criança é uma prova de que o casal venceu o problema de infertilidade, no entanto, esta criança pode não ser investida pelos pais, porque a presença da mesma é a lembrança constante do sofrimento anterior.

Um estudo de Burns (1990) revelou que cerca de metade dos pais que tiveram um historial de infertilidade revelaram algumas dificuldades na ligação, dificuldades que iam

desde dúvidas sobre o direito de terem aquele bebê até situações onde a relação pai-bebê estava realmente perturbada. Neste mesmo estudo, os pais que reportaram problemas na ligação estavam também mais propensos a reportar problemas no seu filho.

Os casais com historial de infertilidade poderão tender para uma vinculação ansiosa/ambivalente, dado que, como estes casais são muito ansiosos, podem não perceber de forma correta os estímulos transmitidos pelo bebê, o que faz com que os pais não consigam dar uma resposta adequada às necessidades do bebê. Nas relações com os bebês, a manifestação de carinho é essencial e promove o desenvolvimento adequado e o ajustamento emocional futuro dos mesmos. No entanto, pode estar presente, nestes casos, uma promoção da dependência que irá desenvolver uma falta de autonomia do bebê comprometendo, assim, o desenvolvimento do bebê. Não obstante, estes casais também podem adotar e desenvolver características de vinculação segura (Borges, 2009).

A parentalidade permissiva/indulgente parece ser o estilo parental maioritariamente adotado por estes pais, devido ao medo de que o filho sofra e o gerar frustração ao bebê pode despoletar um absorvente sentimento de culpa nestes pais (Borges, 2009). Parece haver, nestes pais, uma maior preocupação com as questões familiares e escolares, de parentalidade e de infância do que propriamente com o desenvolvimento da criança em particular (Serra & Leal, 2006). Estes pais podem funcionar mais como recurso para os desejos dos filhos e não como modelos, pelo que respondem às exigências dos mesmos, não se mostrando muito exigentes no que diz respeito às regras ou deveres. No entanto, estes pais também apresentam características de parentalidade autoritária, um fator protetor e também preditivo de um bom desenvolvimento psicológico, afetivo e emocional (Borges, 2009).

Segundo a perceção dos pais que conceberam um filho através de microinjeção intracitoplasmática, os filhos não estão em risco de desenvolver problemas de comportamento durante os primeiros anos de vida. Estes pais têm tendência a fazer maiores esforços para gerir e apoiar este filho pelo qual eles tanto lutaram, ou têm tendência a ser mais tolerantes relativamente a comportamentos que os outros pais acham difíceis. Isto pode ser benéfico a curto prazo, no entanto, se os pais forem demasiado tolerantes poderão surgir problemas mais tarde, quando as crianças crescerem (Sutcliffe, Edwards, Beeson, & Barnes, 2004).

A percepção dos pais sobre as crianças que foram concebidas através da fertilização *in vitro* mostra-as mais regulares, sensíveis, atenciosas e mais fáceis de gerir do que aquelas que foram concebidas através de reprodução espontânea. Talvez pelo facto de terem experienciado a crise de infertilidade e de, depois, serem bem-sucedidos na questão de se tornarem pais, estes pais possam ser ainda mais focados e sensíveis relativamente ao seu filho (Sydsjö et al., 2002). Talvez pelo facto de a sua vida e relações terem já sido afetados pela procura biológica da parentalidade, estes pais poderão ter mais recursos e ser mais resilientes e a alegria de conceber um bebé há muito esperado pode atuar como um facilitador da capacidade destas mães para se relacionarem sensível e eficazmente com as necessidades do seu filho (McMahon & Gibson, 2002).

Os pais de filhos únicos, concebidos através de reprodução medicamente assistida, parecem demonstrar mais carinho e mais atitudes de preocupação e proteção, mas não parecem ser híper-protetores (Gibson & McMahon, 2004; Hahn, 2001). Por sua vez, o nascimento de gémeos faz com que a parentalidade seja mais produtora de ansiedade (Vilksa et al., 2009). A conceção através de técnicas de reprodução medicamente assistidas não parece ter um grande impacto no bem-estar parental e na parentalidade. As diferenças que possam existir podem ser apenas um reflexo das preocupações e atitudes no contexto de um longo caminho até atingir a parentalidade (Gibson & McMahon, 2004).

Há estudos, como o de Van Balen (1996) que revelam não terem sido encontrados aspetos negativos na relação pais-criança após a fertilização *in vitro*, ou seja, não parece que estes pais tenham um maior nível de preocupação parental, como proteção, sobre investimento e preocupação, relativamente ao filho. Este estudo revelou também que as mães com história de infertilidade podem reportar um maior envolvimento emocional no seu relacionamento com a criança, mostrando mais prazer no papel parental e também maior expressão dos seus sentimentos ao bebé do que as mães sem historial de infertilidade. Estas mães com historial de infertilidade aparentaram reportar uma competência parental superior e isto poderá dever-se ao facto de estas mães terem experienciado uma história de infertilidade associada a uma maior consciência da importância da parentalidade e de ter um filho. Não foram encontradas diferenças significativas entre os pais, o que pode estar relacionado com o facto de o “mundo da criança” ser mais do domínio das mães, além de que as mulheres são mais afetadas pela experiência de infertilidade do que os homens (van Balen, 1996).

Um estudo (Holditch-Davis et al., 1998) refere também que não parece haver diferenças na parentalidade entre casais com história e casais sem história de infertilidade; pelo que parece, a infertilidade não tem um efeito negativo na parentalidade. Além disso, as mães que concebem através de reprodução medicamente assistida podem não reportar menores níveis de competência maternal percebida e os pais percebem-se como mais competentes do que os pais que conceberam espontaneamente (Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro, & Soares, 2010).

Quando as crianças estão em idade pré-escolar, as mães que tiveram uma história de infertilidade demonstraram experienciar menos stress parental, quando comparadas com as mães que não tiveram problemas de infertilidade (Allen, Maguire, Williams, & Sanger, 1996).

As crianças nascidas através de reprodução medicamente assistida não parecem ter um desenvolvimento diferente das que foram concebidas espontaneamente e os seus pais parecem ter, no geral, um forte apego com elas e competências parentais positivas (Braverman, Boxer, Corson, Coutifaris, & Hendrix, 1998). Isto pode dever-se também ao facto de os casais que se submeteram a tratamentos de infertilidade, como a fertilização *in vitro*, dispenderem maior quantidade de tempo na discussão de questões de parentalidade e, por isso, poderem estar em maior concordância nas mesmas. Os casais que conseguiram gerir e manter uma relação funcional apesar da questão de infertilidade podem estar mais preparados para enfrentar a difícil tarefa de educar uma criança (Sydsjö et al., 2002).

### **1.6. Transição para a parentalidade e os bebés nascidos de pré-termo**

A gestação do bebé, geralmente, oferece aos pais tempo para que estes se preparem emocionalmente para a parentalidade. No entanto, no caso dos bebés nascidos de pré-termo, esta preparação é mais curta, o que leva a que aqueles sejam também prematuros; pais prematuros (Spencer & Edwards, 2001, citados por Spielman & Taubman-Ben-Ari, 2009). Estes pais prematuros são descritos como pais que atravessam uma crise emocional grave onde estão presentes sentimentos de ansiedade, medo e depressão muito intensos, além de um aumento de stress na família (Barros, 2001; Vilska et al., 2009). Algumas características comuns nas mães de bebés nascidos de pré-termo são a necessidade de ver para além das dificuldades do bebé, as dúvidas sobre a própria

competência enquanto mães, o lidar com os desafios relacionados com o amar, com a identificação e com a vinculação ao bebê e também com a necessidade de reinventar o casamento segundo um novo panorama (McGrath, Samra, Zukowsky, & Baker, 2010; Stern, Bruschiweiler-Stern, & Freeland, 1998).

Estes bebês nascidos de pré-termo chegam numa altura em que a mãe ainda está embrenhada no seu bebê imaginário, o seu bebê de sonho que é saudável. Isto pode trazer dificuldades na capacidade de esta mãe começar a amar o bebê de imediato, assim como pode trazer uma perda de autoestima, por não ter conseguido levar a gravidez a termo, e também o stress que está envolvido num nascimento repentino e prematuro. Isto pode levar a que seja mais difícil que esta mãe esteja capaz de amar fácil e livremente o seu bebê recém-nascido. No entanto, na maioria dos casos, o sentimento de maternidade vem e as dificuldades em amar o bebê desaparecem (Stern et al., 1998).

Cuidar de um bebê nascido de pré-termo é um desafio para os seus pais porque, por um lado, estes pais precisam de ser vigilantes e conhecedores das vulnerabilidades do mesmo, mas por outro lado, também necessitam de providenciar um ambiente positivo, que proporcione oportunidades para a criança participar em experiências próprias para a idade e para também ganhar independência (Eiser, Eiser, Mayhew, & Gibson, 2005).

Com o medo, relacionado com a sobrevivência do bebê nascido de pré-termo, que estes pais sentem, estes pais passam de um papel passivo para um papel ativo, onde já se conseguem focar nos cuidados que o bebê precisa e onde a confiança para prestar esses cuidados vai aumentando (Gallegos-Martínez, Reyes-Hernández, & Scochi, 2013). À medida que os pais vão desenvolvendo uma relação íntima com o bebê, passando tempo e aproximando-se do mesmo, a parentalidade cresce também (L. B. Ferreira, 2016).

Experenciar uma grande quantidade de perigo processual no período neonatal está relacionado com uma expressão negativa de afeto na infância, mas apenas quando ocorre simultaneamente com elevados níveis de stress parental. Quando os níveis de stress parental são baixos, esse efeito nocivo parece desaparecer, o que sugere que um contexto psicossocial positivo depois da saída do hospital pode amortecer os efeitos do contexto stressante da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Isto parece mostrar-nos que um baixo nível de stress parental pode constituir uma fonte de resiliência para o desenvolvimento emocional dos bebês quando estes se deparam com adversidades (Voigt et al., 2013). Este stress do internamento neonatal do bebê vai influenciar a parentalidade,

dado que o internamento dos bebés é sentido como um espaço de sofrimento e de espera, segundo Gallegos-Martínez e colaboradores (2013). Comparando os pais de bebés nascidos de pré-termo com pais de bebés nascidos a termo, a transição para a parentalidade é muito diferente, dado que, no caso dos pais cujos filhos nascem de pré-termo, há uma ausência de preparação para a transição normal para a parentalidade (L. B. Ferreira, 2016).

A hospitalização dos bebés é sentida como uma experiência stressante e traumática para os pais, pois sentem que não têm controlo sobre aquilo que está a acontecer aos seus bebés. Quando o bebé vai para casa, essa experiência é sentida de diferentes maneiras pelos pais. Uns veem-na como uma experiência positiva, para a qual estão preparados, e outros sentem-se assustados. Enquanto alguns pais afirmam que o bebé continua com as mesmas rotinas que desenvolveu no hospital, outros percebem o comportamento do bebé em termos de dormir, comer e chorar como diferente devido à mudança de ambiente (Whittingham, Boyd, Sanders, & Colditz, 2014).

Os problemas de saúde nos bebés parecem ter efeito na perceção parental a longo prazo relativamente ao bem-estar do bebé. Os pais de bebés nascidos de pré-termo parecem ter mais preocupações acerca do estado de saúde do seu bebé do que os pais de bebés de termo (Culley, Perrin, & Chaberski, 1989).

Alguns estudos (Gasparetto, 1998, citado por Barros, 2001; Corter & Minde, 1987) mostraram que, as mães dos bebés nascidos de pré-termo, sobretudo daqueles cuja sobrevivência ainda não está totalmente assegurada, têm tendência a ser menos ativas do que as mães de bebés de termo. Podem, também, aparentar estar apáticas e desinteressadas e a comunicação entre os dois pode também ser diferente, pois estas mães têm tendência a insistir em padrões de comportamento de estimulação que, ou não recebem uma resposta do bebé, ou quando obtêm sinais informativos de stress, não conseguem utilizar bem os comportamentos que poderão acalmar e organizar o bebé.

Algumas mães reportam níveis de atividade superior ao de outras mães, revelando, no entanto, menos prazer na interação com o bebé, dado que as suas iniciativas de comunicação não estão em sintonia com os sinais emitidos pelo bebé. No entanto, estas mães, na interação com o bebé, mostram-se mais ativas e com maior iniciativa para fazer o bebé reagir (Crnic, Ragozin, Greenberg, Robinson, & Basham, 1983). Outros autores (Golberg & DiVitto, 1983, citados por Barros, 2001) argumentam que estas mães têm

tendência a diminuir estas interações pelo esforço maior que têm de fazer nas mesmas. Isto pode associar-se ao facto de o bebé não ser de fácil compreensão e, também, por ser um bebé de difícil estimulação que oferece menor gratificação nas suas respostas. O facto de o bebé nascido de pré-termo possuir diferenças na reatividade e na responsividade e de poder passar muito tempo em condições ambientais que não permitem oportunidades de interação positiva e muitas ocasiões de contacto mutuamente gratificantes entre os pais e o bebé, leva a consequências inevitáveis na interação que estabelece com os pais (Barros, 2001).

Estas diferenças na interação mãe-bebé mostram que as mães têm capacidades díspares na adaptação a situações diferentes e que estas diferenças podem tomar proporções extremas, colocando o futuro equilíbrio e desenvolvimento destes bebés em risco. No caso de mães que possuam uma menor preparação ou uma maior perturbação emocional, o esforço na adaptação a um bebé percebido como mais frágil e difícil pode desencadear perturbações graves na interação mãe-bebé (Bolton, 1983, citado por Barros, 2001). As mães destes bebés também reportam grandes níveis de irritabilidade que se podem centrar no bebé que não é fácil de compreender, acalmar ou estimular, o que pode contribuir para o estabelecimento de uma interação diádica insatisfatória (Barros, 2001).

O comportamento de interação das mães de bebés nascidos de pré-termo pode demonstrar uma menor sensibilidade e um maior nível de intrusão, de controlo e de direção. Por sua vez, os bebés são mais passivos, de humor sóbrio e pouco alertas. Estas interações diferentes das interações mãe-bebé de termo podem ser causadas pelo stress materno, pela separação e pelo processo de ligação ter sido interrompido ou pode ser mesmo uma resposta adaptativa à imaturidade e défice na responsividade dos bebés nascidos de pré-termo. No entanto, estas diferenças na interação mãe-bebé podem não persistir após a diminuição do stress e da ansiedade materna; estas mães podem, depois, desenvolver estilos de cuidado compensatórios com o seu bebé (Korja, Latva, & Lehtonen, 2012).

Muitos pais não se sentem capacitados para enfrentarem a parentalidade sem o tempo de preparação que, idealmente, teriam antes do parto prematuro. Esta experiência pode desenvolver sentimentos de culpa nos pais, principalmente nas mães, por não conseguirem levar a gravidez a termo. Certos pais não se permitem ligar ao bebé no início por terem medo que este não sobreviva o que, acrescendo a tudo o mais referido acima, pode levar a que estes desenvolvam maus hábitos parentais. Hábitos que eram funcionais

e positivos aquando do internamento do bebé podem ser negativos a longo prazo. Estes pais têm, então, uma enorme tendência para protegerem demasiado o seu filho e para se dedicarem excessivamente a serem pais dessa criança. Isto é feito com o objetivo de otimizar o desenvolvimento do filho e poderá estar, também, relacionado com a culpa sentida pelas mães. Muitos dos pais admitem que, à medida que o bebé vai crescendo e começando a andar, têm dificuldades em gerir adequadamente as suas expectativas relativamente ao desenvolvimento do filho. Estes pais têm dificuldades em perceber se determinada característica se deve à prematuridade, se é sinal de uma perturbação ou se faz parte do desenvolvimento normal (Whittingham et al., 2014). Os pais de bebés nascidos de pré-termo estão mais propensos a desenvolverem um estilo parental intrusivo, rígido e hiperprotetor (L. B. Ferreira, 2016). O facto de estes pais poderem ver o seu filho como vulnerável pode fazer com que os mesmos adotem uma parentalidade mais focada na prevenção (Eiser et al., 2005).

Quando um casal está à espera de um bebé, espera que o mesmo seja saudável, o que pode não se revelar quando é confrontado com o nascimento de um bebé de pré-termo. Nesta situação, estes pais tendem a recorrer a estereótipos sociais dominantes que em geral são pessimistas e deterministas em relação a estes bebés, o que faz com que as atitudes dos pais tendam a observar comportamentos na criança que vão confirmar as expectativas corrompidas (Barros, 2001).

Os bebés nascidos de pré-termo e as suas mães não têm um maior risco de desenvolverem uma vinculação insegura. Estas díades têm uma probabilidade igual de desenvolver uma vinculação segura quando comparadas com bebés de termo e as suas mães. No entanto, um baixo nível de aceitação e um alto nível de medos irrealistas relativamente à segurança do bebé na representação materna pode levar a um estilo parental problemático, no qual a mãe tem dificuldades em reconhecer as forças e a necessidade de independência do bebé. Isto pode colocar a relação mãe-bebé em risco e comprometer, mais tarde, o desenvolvimento socio-emocional do bebé (Korja et al., 2012).

No estudo de Culley e colaboradores (1989), parece que um estatuto socioeconómico elevado e uma maior educação materna estão relacionados com uma maior perceção de vulnerabilidade do bebé. Isto parece sugerir que estes pais podem esperar que o seu filho estará bem e, além disso, sugere também uma maior ansiedade sobre a sua própria capacidade para serem pais bem-sucedidos. No entanto, parece que um estatuto

socioeconómico elevado, juntamente com o comportamento materno na interação mãe-bebé, parece ser preditivo de níveis cognitivos mais elevados (Magill-Evans & Harrison, 1999). A perceção de vulnerabilidade parece ser menor em mães casadas que têm uma relação de suporte e que têm sentimentos positivos acerca do bem-estar. Parece, também, que as crianças percecionadas pelos pais como vulneráveis estão mais propensas a desenvolverem problemas de comportamento (Culley et al., 1989).

## **2. Objetivo e Hipótese Geral**

Neste capítulo são apresentados os objetivos desta investigação e as hipóteses gerais colocadas em função dos mesmos.

### **2.1. Objetivos Gerais**

O primeiro objetivo geral desta investigação é investigar as diferenças na transição para a parentalidade entre mães e pais com bebés nascidos de pré-termo.

O segundo objetivo desta investigação é investigar as diferenças na transição para a parentalidade entre casais com história de infertilidade e sem história de infertilidade, no contexto dos pais com bebés nascidos de pré-termo.

### **2.2. Hipóteses Gerais**

A primeira hipótese geral a ser testada nesta investigação permitirá verificar se o género dos pais dá um contributo significativo para a explicação estatística do temperamento, do padrão de choro, do comportamento alimentar e do sono do bebé.

A segunda hipótese geral a ser testada nesta investigação ajudará a verificar se a existência/inexistência de história de infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do temperamento, do padrão de choro, do comportamento alimentar e do sono do bebé.



### **3. Método**

#### **3.1. Definição de variáveis**

As variáveis independentes desta investigação são o género dos pais e a existência ou inexistência de história de infertilidade.

As variáveis dependentes desta investigação são o comportamento alimentar do bebé, o padrão de choro do bebé, o temperamento do bebé e o sono do bebé.

#### **3.2. Operacionalização das variáveis**

##### **3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico**

Este questionário, que pode ser consultado no Anexo J, foi construído com o propósito de recolher informação mais específica sobre os participantes e está dividido em seis partes: (1) Dados da mãe, como a idade, a nacionalidade, o número de anos de estudo com sucesso, o estatuto ocupacional e o estatuto conjugal; (2) Dados do pai, em que se pretende operacionalizar os mesmos dados; (3) Dados do casal, como há quanto tempo estão juntos, quantos filhos têm em comum e as suas idades, o número de relações conjugais anteriores e o número de filhos anteriores a esta relação; (4) Dados sobre a história de infertilidade, onde se pretende recolher informações sobre se há ou não historial de infertilidade, se foi detetado algum fator biológico e quem é o seu portador, qual a história de infertilidade, quanto tempo desde o diagnóstico de infertilidade ao diagnóstico de gravidez e quais os tratamentos de infertilidade utilizados; (5) Dados da gravidez, onde se pretende obter informações sobre se foi uma gravidez desejada, planeada e vigiada, sobre o tipo de parto, o tipo de instrumentos utilizados no mesmo e as semanas de gestação no momento do nascimento; e (6) Dados do bebé, como a data de nascimento, o peso e o comprimento à nascença, o índice de APGAR, o sexo, a duração do internamento hospitalar e os cuidados médicos a que o bebé foi exposto durante esse internamento e o tipo de alimentação.

##### **3.2.2. Questionário das Características do Bebé (QCB)**

Para as variáveis dependentes relativas ao temperamento do bebé serem operacionalizadas, será utilizada a adaptação portuguesa (Soares, Rangel-Henriques & Dias, 2010) do Questionário das Características do Bebé criado originalmente por Bates, Freeland e Lounsbury, em 1979, para a mãe (Anexo M). Para o pai, foi realizada uma adaptação por nós, que se prende com a alteração do último item (Anexo N). Este

questionário é composto por 32 itens, cuja resposta é feita através da classificação de 1 (temperamento ótimo) a 7 (temperamento difícil).

A faixa etária de aplicação deste questionário é entre os 12 e os 18 meses. Esta versão foi validada por Carneiro e colaboradores (2013), que sugerem três fatores para uma solução fatorial mais adequada: “difícil”, que se refere à emocionalidade negativa do bebé, onde estão incluídos aspectos como o choro e o humor negativo ( $\alpha = .81$ ; itens 1, 2, 3, 5, 6, 12, 13, 17, 21, 27 e 32); “persistente”, onde é avaliado o grau de persistência do bebé na concretização de determinados objetivos ( $\alpha = .73$ ; itens 15, 24, 25, 28, 29, 30 e 31); “adaptação negativa à mudança/não sociável”, onde é avaliada a maneira como o bebé se adapta a novas situações, pessoas e/ou objetos e a maneira como interage com os outros ( $\alpha = .72$ ; itens 4, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 18, 20, 22 e 26). Os itens 14 (reação do bebé ao vestir), 19 (se o bebé gosta ou não de colo) e 23 (se o bebé pede mais atenção do que a normal) não foram incluídos nos fatores anteriores.

### **3.2.3. Questionário sobre o Padrão de Choro do Bebê (QPC)**

Para operacionalizar as variáveis dependentes relativas ao padrão de choro do bebé, utiliza-se a adaptação portuguesa de Rita Sofia Lopes Miguel do Extended Crying Pattern Questionnaire, de Wolke, Meyer e Gray, 1994.

Este questionário, que pode ser consultado no Anexo P, prende-se com o objetivo de avaliar a duração e as crises de agitação e de choro dos bebés. Doze questões independentes compõem este questionário, nas quais se perguntam aos pais a duração e o número de crises de choro/agitação durante a manhã, durante a tarde, ao final da tarde/noite e durante a noite; pretende-se avaliar também a variação do choro e da agitação de dia para dia, como é a reação dos pais ao choro do bebé e o comportamento dos mesmos face a esse choro e, por fim, se o bebé tem um problema de choro.

### **3.2.4. Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebê (QCAB)**

Para se operacionalizar as variáveis dependentes relativas ao comportamento alimentar do bebé, será utilizada uma adaptação realizada por nós (Anexo Q) da adaptação portuguesa da Rita Sofia Lopes Miguel do Baby Eating Behaviour Questionnaire, criado em 2011 por Llewellyn, Jaarsveld, Johnson, Carnell, & Wardle, o qual deriva de um questionário já existente, o “Children’s Eating Behaviour Questionnaire”.

O objetivo deste questionário é descrever o comportamento alimentar do bebé num período em que este já não é alimentado exclusivamente por leite. É composto por 18 itens que pretendem medir quatro constructos de apetite. Os itens 1, 3, 6 e 17 compõem o constructo “Desfrute da comida” ( $\alpha = .81$ ); os itens 2, 8, 12, 14, 16 e 18 compõem o constructo “Resposta à comida” ( $\alpha = .79$ ); os itens 5, 9, 11 e 15 compõem o constructo “Lentidão ao comer” ( $\alpha = .76$ ) e os itens 7, 10 e 13 compõem o constructo “Resposta de saciedade” ( $\alpha = .73$ ). Cada um destes constructos tem grande validade interna. Um só item (número 4) está relacionado com o constructo “Apetite geral”, correlacionado com todos os outros constructos. Os dezoito itens são cotados numa escala de 5 pontos que varia entre “Nunca=1” e “Sempre=5”; posteriormente, faz-se a média das respostas aos itens de cada constructo.

### **3.2.5. Questionário do Sono do Bebé (QSB)**

Como não havia nenhum instrumento que nos permitisse operacionalizar as variáveis dependentes relativas ao sono do bebé, criámos o Questionário do Sono do Bebé com o objetivo de avaliar a perceção parental acerca do padrão de sono dos bebés, que pode ser consultado no Anexo R.

Este questionário começa por perguntar aos pais quantas horas, por noite, dorme o bebé e é constituído por 17 questões, com cinco hipóteses de resposta (Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente, Sempre), que se prendem com o tipo de sono do bebé, com o acordar do bebé e com a necessidade/falta de necessidade de dormir acompanhado.

### **3.3. Hipóteses Específicas**

As hipóteses específicas desta investigação são as seguintes:

**Hipótese Específica 1:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Desfrute da comida” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 2:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Resposta do bebé à comida” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 3:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Lentidão ao comer” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 4:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da " Resposta de saciedade" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 5:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Apetite geral" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 6:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Irritabilidade do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 7:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Duração e número de crises de choro ao longo do dia" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 8:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Variação do choro e da agitação de dia para dia" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 9:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Frequência de choro do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 10:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Impacto do choro" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 11:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Comportamento dos pais face ao choro do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 12:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Tempo de resposta perante o choro do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 13:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Capacidade de acalmar o bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 14:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Problema de choro do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 15:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística de “Aconselhamento sobre o choro do bebé” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 16:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Tempo que o bebé é carregado/aconchegado” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 17:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Grau de dificuldade do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 18:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Grau de persistência do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 19:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Responsividade e sociabilidade do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 20:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Reação do bebé ao vestir" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 21:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Reação do bebé ao colo" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 22:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Atenção que o bebé pede" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 23:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Sono do bebé” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 24:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Número de horas que o bebé dorme por noite” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 25:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística das “Horas necessárias ao sono do bebé” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 26:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Profundidade do sono do bebé” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 27:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Agitação do bebé durante o sono” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 28:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Despertar durante o sono” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 29:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Acompanhamento ao adormecer” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 30:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística dos “Horários de sono” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 31:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Despertar devido à fome” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 32:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística de “Dormir com luz de presença” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 33:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Chorar ao despertar” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 34:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Facilidade em ser acalmado ao despertar” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 35:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Facilidade em adormecer após acordar” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 36:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Companhia de objetos durante o sono” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 37:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística de “Dormir na cama dos pais” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 38:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Companhia durante o sono” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 39:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Fala ou sons durante o sono” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 40:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Rabugice ao despertar” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 41:** O Género dos Pais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Facilidade em adormecer” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 42:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Desfrute da comida" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 43:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Resposta do bebé à comida" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 44:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Lentidão ao comer" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 45:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Resposta de saciedade" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 46:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Apetite Geral" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 47:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Irritabilidade do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 48:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Duração e número de crises de choro ao longo do dia" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 49:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Variação do choro e da agitação de dia para dia" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 50:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Frequência de choro do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 51:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Impacto do choro" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 52:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Comportamento dos pais face ao choro do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 53:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Tempo de resposta perante o choro do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 54:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Capacidade de acalmar o bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 55:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Problema de choro do Bebê" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 56:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Aconselhamento sobre o choro do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 57:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Tempo que o bebé é carregado/aconchegado" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 58:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Grau de dificuldade do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 59:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Grau de persistência do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 60:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Responsividade e sociabilidade do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 61:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Reação do bebé ao vestir" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 62:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Reação do bebé ao colo" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 63:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Atenção que o bebé pede" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 64:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Sono do Bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 65:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do "Número de horas que o bebé dorme por noite" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 66:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística das "Horas necessárias ao sono do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 67:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Profundidade do sono do bebé" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 68:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da "Agitação do bebé durante o sono" na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 69:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Despertar durante o sono” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 70:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Acompanhamento ao adormecer” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 71:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística dos “Horários de sono” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 72:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística do “Despertar devido à fome” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 73:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística de “Dormir com luz de presença” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 74:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística de “Chorar ao despertar” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 75:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Facilidade em ser acalmado ao despertar” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 76:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Facilidade em adormecer após acordar” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 77:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Companhia de objetos durante o sono” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 78:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística de “Dormir na cama dos pais” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 79:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Companhia durante o sono” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 80:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Fala ou sons durante o sono” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 81:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Rabugice ao despertar” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

**Hipótese Específica 82:** A existência/inexistência de História de Infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da “Facilidade em adormecer” na avaliação feita por pais/mães de bebés nascidos de pré-termo.

### **3.4. Procedimento**

A recolha da amostra deu-se em dois âmbitos: através de um questionário *online* (Anexo S), apoiado pela Associação XXS e através da rede informal de contactos da investigadora e na Consulta de Desenvolvimento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Neste último caso, os questionários foram entregues aos pais de bebés nascidos de pré-termo, com idades compreendidas entre os 10 e os 20 meses de idade, enquanto esperavam pela consulta ou após a mesma. Cada participante era informado pela investigadora acerca dos objetivos da investigação e em que é que esta consistia, pedindo a sua colaboração. No caso de aceitarem participar, era-lhes entregue um conjunto de questionários e as folhas de Consentimento Informado e de Informação ao/à Participante, para que lessem e assinassem.

De seguida, os participantes preenchiam os questionários, como a investigadora perto dos participantes, para qualquer dúvida que pudesse surgir ser esclarecida; foi dada a maior privacidade possível aos participantes, no momento do preenchimento dos questionários.

Este conjunto de questionários era composto por um Questionário Sociodemográfico e Clínico, construído para efeitos desta investigação, o mesmo preenchido pela investigadora; pelo Questionário das Características do Bebé (QCB); pelo Questionário do Padrão de Choro do Bebé (QPC); pelo Questionário do Comportamento Alimentar do Bebé (QCAB) e pelo Questionário do Sono do Bebé (QSB), administrados por esta ordem.

### 3.5. Seleção da amostra

Considerando a especificidade da amostra requerida, a melhor forma encontrada para se aceder a mães e pais que se encontrassem no período de transição para a parentalidade, com bebés com idades compreendidas entre os 10 e os 20 meses nascidos de pré-termo, foi na Consulta de Desenvolvimento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e através da rede informal de contactos da investigadora. Após a autorização fornecida pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Central, teve início a recolha da amostra com mães e pais com estas características, tendo sido conseguida uma amostra final de 47 participantes.

### 3.6. Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 37 mães e 11 pais de bebés nascidos de pré-termo. As mães que participaram no estudo (Tabela 1) têm idades compreendidas entre os 22 e os 44 anos, sendo a grande maioria portuguesa e casada ou a viver em união de facto. Apenas uma mãe (2.9%) teve um filho de uma relação anterior. A maioria completou o Ensino Superior e, relativamente ao estatuto socioeconómico, nenhuma destas mães está abaixo do nível médio.

**Tabela 1.** Caracterização das variáveis sociodemográficas das mães

Variáveis		N	%	M	DP	Min.- Max.
<b>Idade</b>		36		33.47	4.93	22 – 44
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	34	94.4			
	Brasileira	2	5.6			
<b>Situação Conjugal</b>	Casada/União de Facto	34	94.4			
	Solteira/Divorciada	2	5.6			
<b>Escolaridade</b>	Ensino Superior	24	66.7			
	≤ 12 anos	12	33.3			
<b>Estatuto Socioeconómico</b>	Nível Superior	12	33.3			
	Nível Médio Superior	18	50			
	Nível Médio	6	16.7			
<b>Estatuto Ocupacional</b>	Empregada	28	77.8			
	Não Empregada	8	22.2			
<b>Duração Relação</b>		34		8.85	4.64	2 – 19

Continuação da **Tabela 1.** Caracterização das variáveis sociodemográficas das mães

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min.- Max.</b>
<b>Filhos em Comum</b>	35		1.57	0.65	1 – 3
<b>Filhos Anteriores a esta relação</b>	35		0.03	0.29	0 – 1

Relativamente aos pais que participaram no estudo (Tabela 2), as suas idades estão compreendidas entre os 29 e os 49 anos e a grande maioria é de nacionalidade portuguesa e está casado ou a viver em união de facto. Em relação à escolaridade, a maioria não frequentou o Ensino Superior. Apenas um pai (8.3%) tem filhos de uma relação anterior.

**Tabela 2.** Caracterização das variáveis sociodemográficas dos pais

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min.- Max.</b>
<b>Idade</b>	11		37.18	6.97	29 – 44
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	10	90.9		
	Brasileira	1	9.1		
<b>Situação Conjugal</b>	Casado/União de Facto	10	90.9		
	Divorciado	1	9.1		
<b>Escolaridade</b>	Ensino Superior	5	45.5		
	≤ 12 anos	6	54.5		
<b>Estatuto Socioeconómico</b>	Nível Superior	3	27.3		
	Nível Médio Superior	5	45.5		
	Nível Médio	3	27.3		
<b>Estatuto Ocupacional</b>	Empregado por conta própria	3	72.7		
	Empregado por conta doutrem	8	27.3		
<b>Duração Relação</b>		10	8.10	4.45	2 – 17
<b>Filhos em Comum</b>		10	1.50	0.53	1 – 2
<b>Filhos Anteriores a esta relação</b>		10	0.20	0.63	0 – 2

Relativamente ao historial de infertilidade, apenas sete das participantes (Tabela 3) e um pai (9.1%) revelaram que existiu historial de infertilidade anterior à conceção do filho. A maioria das mães revelou ter existido um fator biológico inerente à infertilidade, no entanto, uma grande parte revelou desconhecer o portador e a causa da infertilidade.

**Tabela 3.** Caracterização da história de infertilidade (mães)

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min.- Max.</b>
<b>Historial de Infertilidade</b>	Sim	7	19.4			
	Não	29	80.6			
<b>Fator Biológico</b>	Sim	4	57.1			
	Não	3	42.9			
<b>Portador</b>	Mãe	1	14.3			
	Pai	1	14.3			
	Ambos	2	28.6			
	Não sabe	3	42.9			
<b>Causa</b>	Desconhecida	3	42.9			
	Fator V Leiden	1	14.3			
	Perda da Cauda do Espermatozoide	1	14.3			
	Pouca Produção de Espermatozoides e Útero Unicórnio	1	14.3			
	Pouca Qualidade dos Espermatozoides e Fator Idade da Mãe	1	14.3			
<b>Tratamentos</b>	Coito Programado, Inseminação Artificial, FIV	1	14.3			
	FIV	3	42.9			
	ICSI	1	14.3			
	Inseminação Artificial	1	14.3			
	Inseminação Artificial, FIV, ICSI	1	14.3			
<b>Duração Infertilidade</b>				4.14	3.13	1 – 10

Relativamente à gravidez (Tabela 4), todas as gravidezes foram vigiadas e desejadas, tendo havido apenas quatro gravidezes não planeadas. No caso dos pais, apenas um revelou que a gravidez não foi planeada (9.1%). Em média, as mães foram a 11.19 (DP =

7.34) consultas, enquanto os pais revelaram que as suas parceiras, em média, foram a catorze (DP = 10.32) consultas. Na maioria dos partos não foram utilizados instrumentos e todos os partos ocorreram antes das 37 semanas de gestação.

**Tabela 4.** Dados sobre a gravidez (mãe)

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min.- Max.</b>
<b>Gravidez Desejada</b>	Sim	36	100			
<b>Gravidez Planeada</b>	Sim	32	88.9			
	Não	4	11.1			
<b>Gravidez Viglada</b>	Sim	36	100			
<b>Número de Consultas</b>				11.19	7.34	3 – 35
<b>Tipo de Parto</b>	Vaginal sem epidural	3	8.3			
	Vaginal com epidural	12	33.3			
	Cesariana com epidural	17	47.2			
	Cesariana com anestesia geral	4	11.1			
<b>Instrumentos utilizados</b>	Nenhum	34	94.4			
	Fórceps e/ou Ventosa	2	5.6			
<b>Semanas de Gestação</b>				31.22	22.96	26 – 36

No momento da recolha, os bebés das participantes (Tabela 5) tinham entre oito e vinte meses de idade cronológica. A média do peso à nascença dos bebés é de 1553.42g e os bebés inserem-se, consoante o peso à nascença, nas categorias Peso Baixo ao Nascer (1501g-2500g), Peso Muito Baixo ao Nascer (1001g-1500g) e Peso Baixo ao Nascer (< 1000g), sendo que apenas dois dos bebés (5.6%) não se inserem nestas categorias, por terem um peso superior a 2500g. Como era de esperar, estes bebés têm percentagens relativamente elevadas de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (55.6%). Relativamente à alimentação, a maioria dos bebés não foi amamentada, mas a maioria recebeu leite materno.

**Tabela 5.** Dados sobre o bebé (mãe)

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min.- Max.</b>
<b>Idade</b> (meses)		36		14.50	3.57	8 – 20
<b>Peso à nascença</b> (gramas)		36		1553.42	566.88	590 - 3100
<b>Categoria Peso</b>						
	Normal	2	5.6			
	Baixo	14	38.9			
	Muito Baixo	14	38.9			
	Extremamente Baixo	6	16.7			
<b>Comprimento à nascença</b> (cm)		34		39.35	5.18	31 – 51
<b>Sexo</b>	Feminino	18	50.0			
	Masculino	18	50.0			
<b>Índice de APGAR</b>	1º minuto	29		7.00	1.96	2 – 9
	5º minuto	27		8.52	1.34	5 – 10
	10º minuto	23		8.87	1.06	7 – 10
<b>Tempo Internamento</b>				36.94	28.11	5 – 91
<b>Cuidados Médicos</b>	Intensivos, intermédios e berçário	20	55.6			
<b>Alimentação</b>	Com amamentação	16	44.4			
	Sem amamentação	20	55.6			
	Com leite materno	33	91.7			
	Sem leite materno	3	8.3			
	Com leite de dadora	2	5.6			
	Sem leite de dadora	34	94.4			

## **4. Resultados**

A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada através do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão vinte e dois. Num primeiro momento, iniciou-se o tratamento dos dados através da transformação de variáveis qualitativas e de variáveis categoriais em variáveis dicotômicas, de forma a possibilitar a sua análise. De seguida, foi realizada, através do parâmetro *Alpha de Cronbach*, a análise da consistência interna de todas as escalas utilizadas nesta investigação – *Questionário das Características do Bebê* (QCB), *Questionário sobre o Padrão de Choro* (QPC), *Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebê* (QCAB) e *Questionário do Sono do Bebê* (QSB). Posteriormente, foi realizada uma testagem de aproximação à normal das variáveis sociodemográficas e psicométricas em estudo, com os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro Wilks. De seguida, as escalas supramencionadas foram estudadas relativamente à estatística descritiva, contemplando os seguintes parâmetros: média, desvio-padrão, valores mínimos e valores máximos. Prosseguiu-se com o estudo da multicolineariedade, onde se eliminaram variáveis que apresentassem multicolineariedade com outras variáveis, procurando-se conseguir valores para a tolerância superiores a .1 e para o VIF inferiores a 10. Por fim, foram realizadas análises de regressão de maneira a estudar a relação entre as variáveis dependentes temperamento, padrão de choro, comportamento alimentar e sono do bebê e a variável independente *Existência ou inexistência de história de infertilidade* e algumas variáveis sociodemográficas, assim como foram testadas as hipóteses. Para esta investigação, só foram contempladas as escalas preenchidas pelas mães, devido ao número reduzido de participantes do sexo masculino.

### **4.1. Análise da Consistência Interna**

#### **4.1.1. Questionário das Características do Bebê (QCB)**

Considerando o QCB, foi analisada a consistência interna total da escala (*Temperamento total*) e as respetivas subescalas (*Temperamento difícil; temperamento persistente e temperamento não sociável/adaptação negativa à mudança*), no entanto, o item 29, correspondente à subescala *Temperamento persistente*, não pôde ser respondido por uma mãe cujo bebê tinha uma idade inferior à proposta pelo questionário. Relativamente ao *Temperamento total*, composto por todos os itens, excluiu-se o item 26, de maneira a tornar a consistência interna mais satisfatória, originando um alfa de .817.

Respeitante à subescala *Temperamento difícil*, composta pelos itens 1, 2, 3, 5, 6, 12, 13, 17, 21, 27 e 32, verificou-se um alfa de .789, não tendo sido necessária a exclusão de nenhum item. Quanto à subescala *Temperamento persistente*, composta pelos itens 15, 24, 25, 28, 29, 30 e 31, verificou-se uma consistência interna de .653, pelo que também não foi necessário excluir nenhum item. Considerando a subescala *Temperamento não sociável/adaptação negativa à mudança*, composta pelos itens 4, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 18, 20, 22 e 26, verificou-se uma consistência interna de .511, pelo que foi necessária a exclusão do item 26 para que a consistência se tornasse mais satisfatória ( $\alpha = .672$ ). Por sua vez, os itens 14, 19 e 23 não foram submetidos à análise da consistência interna por serem itens independentes. A análise completa da consistência interna deste instrumento pode ser consultada no Anexo 1.

#### **4.1.2. Questionário sobre o Padrão de Choro do Bebê (QPC)**

Relativamente ao QPC, este é um questionário composto por 12 itens independentes, pelo que não se procedeu à análise da consistência interna do mesmo. No entanto, é importante referir que duas das participantes não responderam ao último item deste questionário.

#### **4.1.3. Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebê (QCAB)**

Relativamente à subescala *Desfrute da comida*, composta pelos itens 1, 3, 6 e 17, verificou-se a necessidade de excluir o item 6 de modo a tornar o alfa desta subescala mais satisfatório ( $\alpha = .851$ ). A subescala *Resposta à comida*, composta pelos itens 2, 8, 12, 14, 16 e 18, apresentou uma consistência interna de .821, pelo que todos os itens foram mantidos. À escala *Lentidão ao comer*, composta pelos itens 5, 9, 11 e 15, foi excluído o item 5, verificando-se, assim, um alfa de .677. Na subescala *Resposta de saciedade*, composta pelos itens 7, 10 e 13, todos os itens foram mantidos, verificando-se uma consistência interna de .823. Relativamente à subescala *Apetite geral*, como a mesma é composta apenas pelo item 4, não se procedeu à análise da sua consistência interna. Considerando a escala total do QCAB, verificou-se uma consistência interna insatisfatória ( $\alpha = .431$ ). Este valor insatisfatório poderá ser devido a uma amostra reduzida, pois nestas circunstâncias, a disparidade de respostas tenderá a influenciar a consistência interna do instrumento, afetando a sua capacidade de mensuração da escala e das suas subescalas. A consistência interna do instrumento poderia ter sido melhorada

com a manutenção do item 5, no entanto, como o referido item foi excluído na análise das subescalas, na escala total foi também eliminado. A análise completa da consistência interna deste instrumento pode ser consultada no Anexo 2.

#### **4.1.4. Questionário do Sono do Bebê (QSB)**

Relativamente ao QSB, instrumento construído de raiz para esta investigação, o tamanho reduzido da amostra não permite a realização de uma análise fatorial exploratória para averiguar se os itens deste questionário avaliam uma mesma dimensão e se partilham uma interdependência. Dadas estas impossibilidades, para esta investigação, o instrumento foi assumido como uma escala que mede apenas um constructo e também como um instrumento composto por 18 itens independentes. No caso da análise do QSB como uma escala que mede apenas um constructo (Anexo 3), verificámos que, para que a consistência interna da escala se tornasse mais satisfatória, era necessário proceder à exclusão dos itens 0, 1, 6, 9, 11 e 17, dando assim origem a um alfa de .605. No caso da análise do QSB como uma escala composta por 18 itens independentes, não se realiza a consistência interna do mesmo. No entanto, é importante referir que oito das participantes não responderam a este instrumento.

#### **4.2. Testagem do ajustamento à distribuição normal**

As testagens do ajustamento à distribuição normal podem ser consultadas nos Anexos 4 a 8. Em relação ao QCB, as subescalas *Temperamento difícil*, *Temperamento Persistente* e *Temperamento Não sociável/adaptação à mudança* não se afastam significativamente da distribuição normal ( $p > .05$ ), no entanto, os itens 14, 19 e 23, não incluídos nas subescalas anteriores, apresentam um afastamento significativo face à distribuição normal ( $p \leq .05$ ).

Por outro lado, no QPC, todas as subescalas apresentam distribuições que se afastam significativamente da distribuição normal ( $p \leq .05$ ).

Relativamente ao QCAB, apenas as subescalas *Resposta à comida* e *Lentidão ao comer* não apresentam um afastamento significativo face à distribuição normal ( $p > .05$ ), no entanto, as subescalas *Desfrute da comida*, *Resposta de saciedade*, *Apetite geral*

apresentam distribuições que se afastam significativamente da distribuição normal ( $p \leq .05$ ).

Já no QSB, toda a escala apresenta uma distribuição que se afasta significativamente da distribuição normal ( $p \leq .05$ ).

Por fim, relativamente às variáveis sociodemográficas, o *estatuto socioeconómico*, o *número de filhos em comum*, o *número de filhos anteriores*, o *número de consultas durante a gravidez* e o *Índice de APGAR* apresentam um afastamento significativo face à distribuição normal ( $p \leq .05$ ).

As variáveis que mostraram um afastamento significativo da distribuição normal foram submetidas à análise dos Q-Q plots que mostrou que a dispersão dos dados nos respetivos gráficos era reduzida, pelo que estes afastamentos não pareceram inviabilizar a análise da regressão múltipla para a testagem das hipóteses.

### **4.3. Estatística descritiva dos resultados das participantes nos instrumentos psicométricos**

Os dados fornecidos pela análise descritiva das escalas permitem ter uma ideia geral dos valores que constituem a nossa amostra, considerando os parâmetros estudados. Relativamente aos participantes, só foram contempladas as escalas preenchidas pelas mães, pelo reduzido número de respostas obtidas de pais.

Relativamente ao QCB (Anexo 9), a pontuação média foi de 100.91 (DP = 15.9). Os valores obtidos variam entre 68 e 145, sendo que a pontuação mínima e máxima que pode ser obtida neste instrumento, com a exclusão de um item após a análise da consistência interna do instrumento, varia entre 31 e 217, respetivamente. Quanto maior for a pontuação, mais difícil é considerado o temperamento da criança.

Já no QPC (Anexo 10), uma vez que os itens que compõem a escala são independentes, os resultados possíveis variam consoante o item que está a ser analisado. Assim, no item 1 (*De um modo geral, quão irritável diria que é o seu bebé?*), a opção de resposta varia entre 1 (muito calmo) e 7 (muito irritável), sendo que os valores das respostas variam entre 1 e 6, apresentando uma média de respostas de 3.19 (DP = 1.35). Relativamente ao item 2 (*Durante quanto tempo o seu bebé chora/fica irritado num dia normal*), o mesmo contempla quatro alíneas, respondidas em minutos: a) ... de manhã

(6h – meio dia), com uma média de 9.33 minutos (DP = 13.76) e com uma resposta mínima de 0 minutos e uma máxima de 60 minutos; b) ... à tarde (meio-dia – 18h), com uma média de respostas de 12.97 minutos (DP = 19.44), sendo a resposta mínima de 0 minutos e a máxima de 60 minutos; c) ... ao fim da tarde/noite (18h – meia-noite), com uma média de 19.31 minutos (DP = 20.80) e uma variação de respostas entre 0 e 90 minutos; d) ... durante a noite (meia-noite – 6h), com uma média de 8.44 minutos (DP = 24.02) e com uma resposta mínima de 0 minutos e uma máxima de 120 minutos. O item 3 (*Quantas crises de agitação e de choro acontecem, geralmente, num dia normal?*) é contemplado pelas mesmas alíneas do item anterior. Na alínea a, as respostas variam entre 0 e 3 crises de choro, sendo a média .44 (DP = .69); na alínea b, os valores variam entre 0 e 6 crises de choro, com uma média de .89 (DP = 1.53); na alínea c, as respostas variam entre 0 e 10 crises de choro, sendo a média 1.31 (DP = 1.89); por fim, na alínea d, os valores variam entre 0 e 6, com uma média de .50 (DP = 1.28). No item 4 (*Em que medida é que a agitação e o choro variam de dia para dia?*), a opção de resposta varia entre 1 (nada) e 5 (imenso), sendo a média de respostas 2.42 (DP = .77) e teve como valores mínimos e máximos respondidos 1 e 4, respetivamente. No item 5 (*O seu bebé chora mais ou menos do que esperava?*), a possibilidade de resposta varia entre 1 (muito menos) e 5 (muito mais), sendo que as respostas variaram entre 1 e 5, com uma média de 2.47 (DP = 1.08). O item 6 (*O choro e a agitação do seu bebé são perturbadores para si?*) tem apenas três hipóteses de resposta, variando entre o 1 (não, de todo) e o 3 (muito), sendo que a média é de 1.64 (DP = .68) e as respostas variaram entre o 1 e o 3. No item 7 (*Na última semana, ou aproximadamente, durante quanto tempo teve de esperar antes de responder ao choro do seu bebé?*), as respostas foram cotadas em minutos, com um valor mínimo de 0 minutos e um valor máximo de 60 minutos e com uma média de 5.58 (DP = 10.85). No item 8 (*Alguma vez tentou deixar o seu bebé a chorar até não poder mais?*), a opção de resposta varia entre 1 (não) e 4 (sim, frequentemente), tendo tido uma média de 1.25 (DP = .60) e uma variação de resposta entre 1 e 3. Em relação ao item 9 (*Quão fácil ou difícil é para si acalmar o seu bebé quando está perturbado?*), cuja opção de resposta varia entre 1 (muito fácil) e 5 (muito difícil), as respostas variaram entre 1 e 4, com uma média de 2.06 (DP = .86). No item 10 (*Acha que o seu bebé tem um problema de choro?*), que contempla três opções de resposta (não; sim, um pequeno problema; sim, sérios problemas), apenas uma pessoa (2.8%) respondeu “sim, um pequeno problema”, tendo as restantes respondido “não”. Relativamente ao item 11 (*Procurou aconselhamento sobre o choro do seu bebé?*), apenas três participantes (8.3%)

responderam que sim e as restantes responderam que não. Para quem respondesse que sim ao item anterior, havia uma questão extra que pedia para especificar a fonte do aconselhamento (um familiar; um amigo; um enfermeiro pediatra da comunidade; um médico, geral ou num hospital; um técnico de apoio domiciliário ou outro); na nossa amostra, duas participantes apenas procuraram aconselhamento num médico e uma procurou aconselhamento num médico, num familiar, neste caso a irmã e, também, num amigo. Por fim, no item 12 (*Normalmente, durante quanto tempo é que o seu bebé é carregado/aconchegado num período de 24 horas?*), as respostas foram cotadas em minutos e variam entre 10 minutos e 1080 minutos, sendo a média 185.29 minutos (DP = 256.1).

Em relação ao QCAB (Anexo 11), todos os itens têm opções de resposta entre o 1 (nunca) e o 5 (sempre). De modo a obter-se o resultado de cada subescala, é necessário somar os itens das mesmas e fazer-se a respetiva média. Relativamente à subescala *Desfrute da comida*, a média é de 4.31 (DP = .69), sendo que as respostas variam entre 2.33 e 5. Quanto à subescala *Resposta à comida*, as respostas variam entre 1 e 3.83, tendo uma média de respostas de 2.31 (DP = .70). Em relação à subescala *Lentidão ao comer*, a média é de 2.26 (DP = .79) e as respostas variam entre 1 e 4.33. A subescala *Resposta de saciedade* tem uma média de 2.19 (DP = .75), sendo que as respostas variam entre 1 e 4.33. Por fim, o *Apetite geral* tem uma média de 3.97 (DP = 1.03), com as respostas a variar entre 2 e 5.

Relativamente ao QSB, dado ser um questionário exploratório, realizou-se uma estatística descritiva do instrumento como medindo apenas um constructo e outra análise descritiva do mesmo como sendo composto por 18 itens independentes. Na análise do QSB como um instrumento que mede apenas um constructo (Anexo 12), a pontuação média das participantes foi de 34.3 (DP = 6.15). Os valores que podem ser obtidos neste questionário, sem os 6 itens retirados aquando da análise da consistência interna, são 12, no mínimo e 60 no máximo, sendo que os valores de resposta variam entre 21 e 44, respetivamente. Analisando o QSB como um instrumento composto por 18 itens independentes (Anexo 13), os resultados variam consoante o item a ser analisado. Deste modo, quanto ao item 0, (*Quantas horas, por noite, dorme o seu bebé?*), este foi respondido em horas e tem uma média de respostas de 9.64 horas (DP = 1.71), sendo a resposta mínima de 4 horas e a máxima de 12.30 horas. Os itens 1 a 17 têm uma variação de resposta entre 1 (nunca) e 5 (sempre). O item 1 (*O meu bebé dorme as horas*

*necessárias*) tem uma média de respostas de 4.07 (DP = .78), sendo que as respostas variam entre 3 e 5. No item 2 (*O meu bebé dorme profundamente*), as respostas variaram entre 3 e 5, com uma média de respostas de 4.1 (DP = .66). Relativamente ao item 3 (*O meu bebé acorda durante o sono*), a média de respostas é de 2.83 (DP = .79), sendo que os valores variam entre 1 e 4. No item 4 (*O meu bebé mexe-se durante o sono*), os valores variam entre 2 e 5, tendo como média 3.43 (DP = .86). Em relação ao item 5 (*O meu bebé só adormece acompanhado*), a média é de 3.47 (DP = 1.33), tendo uma variação de respostas entre o 1 e o 5. No item 6 (*O meu bebé tem horários de sono*), cujas respostas variam entre o 2 e o 5, a média das mesmas é de 4.13 (DP = .78). O item 7 (*O meu bebé acorda porque tem fome*) tem uma média de 2.6 (DP = 1.22) e as respostas variam entre 1 e 5. Quanto ao item 8 (*O meu bebé dorme com luz de presença*), as respostas variam entre 1 e 5, sendo a média 2.13 (DP = 1.53). No item 9 (*Quando o meu bebé acorda, chora*), a média de respostas é de 3.07 (DP = .87), tendo como valores mínimos e máximos de resposta o 1 e o 5, respetivamente. Relativamente ao item 10 (*Quando o meu bebé acorda é fácil de acalmar*), cujos valores de resposta variam entre 3 e 5, a média é 3.93 (DP = .78). O item 11 (*Quando o meu bebé acorda é fácil de voltar a adormecer*) tem uma média de 3.23 (DP = .82) e os valores de resposta variam entre 2 e 5. Por sua vez, no item 12 (*O meu bebé dorme com algum objeto [ex. peluche, fralda, etc.]*), as respostas variam entre 1 e 5, tendo uma média de 3.07 (DP = 1.78). O item 13 (*O meu bebé dorme na cama dos pais*) tem uma média de 2.07 (DP = 1.14) e as respostas variam entre 1 e 5. No item 14 (*O meu bebé dorme acompanhado*), as respostas variam entre 1 e 5, tendo como média 2.6 (DP = 1.57). Relativamente ao item 15 (*O meu bebé fala/faz sons durante o sono*), a média é de 2.23 (DP = 1.01) e as respostas variam entre 1 e 5. No item 16 (*O meu bebé acorda rabugento*), as respostas variam entre 1 e 5, sendo a média 1.83 (DP = .95). Por fim, o item 17 (*O meu bebé adormece facilmente*) tem uma média de 3.63 (DP = .96) e as respostas variam entre 1 e 5. É importante referir que uma das participantes não respondeu ao item 0.

#### 4.4 Testagem das hipóteses específicas

##### 4.4.1 Testagem das Hipóteses Específicas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 e 41

Não foi possível testar as hipóteses específicas relativas à variável independente *Género dos pais*, devido ao reduzido número de respostas obtidas por participantes do sexo masculino.

##### 4.4.2. Testagem da Hipótese Específica 42

Em primeiro lugar, foi testada a hipótese em que a variável dependente é o *Desfrute da comida*, de forma a verificar a influência das outras variáveis sobre esta. Na sequência de análises prévias, veio verificar-se a existência de multicolinearidade aquando da presença simultânea de variáveis do bebé, tais como as *semanas de gestação da gravidez*, o *peso do bebé à nascença*, o *comprimento do bebé à nascença* e o *tempo do internamento do bebé*. Assim, e para contornarmos a existência de multicolinearidade, optámos por manter apenas as *semanas de gestação da gravidez* e o *peso do bebé à nascença*, excluindo as outras variáveis. Decidimos incluir o primeiro minuto do Índice de APGAR, pois verificámos que o mesmo tem um contributo significativo. Assim sendo, a sequência definitiva dos modelos da Análise de Regressão foi a seguinte:

**Tabela 6.** Análise de regressão (Modelos)

<b>Modelo 1</b>	<b>Modelo 2</b>	<b>Modelo 3</b>	<b>Modelo 4</b>
Dados sociodemográficos da mãe	Dados da gravidez e do parto	Dados do bebé	Existência/Inexistência de história de infertilidade

No primeiro modelo, foram introduzidos dados sociodemográficos referentes às mães (idade, escolaridade e estatuto conjugal). No segundo modelo, introduziram-se dados da gravidez (desejabilidade, planeamento e vigilância da gravidez; número de consultas a que a mãe foi durante a gravidez; semanas de gestação e tipo de parto). No terceiro modelo acrescentaram-se dados do bebé (idade, sexo e peso à nascença). Por fim, no último modelo, foi acrescentada a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade*.

Relativamente à testagem da HE42 (Anexo 14), a mesma não foi confirmada. A variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo na explicação da variável dependente *Desfrute da comida* ( $p = .382$ ).

#### 4.4.3. Testagem da Hipótese Específica 43

É possível verificar no Anexo 15 que a nossa variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo na explicação da variável dependente ( $p = .945$ ), pelo que a H43 não foi confirmada.

#### 4.4.4. Testagem da Hipótese Específica 44

Nesta hipótese específica, como podemos observar no Anexo 16, a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo na explicação da variável dependente *Lentidão ao comer* ( $p = .718$ ), pelo que a H44 não foi confirmada.

#### 4.4.5. Testagem da Hipótese Específica 45

Como é possível verificar no Anexo 17 a HE45 não foi confirmada, uma vez que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo ( $p = .419$ ) na explicação da variável dependente *Resposta de saciedade*.

#### 4.4.6. Testagem da Hipótese Específica 46

Nesta hipótese específica, a variável dependente é o *Apetite geral*. A hipótese foi confirmada (Tabela 7), uma vez que o último modelo, a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade*, dá um contributo significativo ( $p = .047$ ) para a explicação da variável dependente *Apetite geral*, pelo que a H46 foi confirmada.

**Tabela 7.** Análise de regressão linear de H46

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.355	.126	.021	1.069	.126	1.198	3	25	.331
2	.553	.306	.075	1.039	.180	1.364	4	21	.280
3	.649	.421	.046	1.055	.115	.843	1	17	.517
4	.742	<b>.551</b>	.214	.958	.130	4.640	1	16	<b>.047</b>

Considerando a tabela, podemos verificar que a variável presente no quarto modelo, *Existência/Inexistência de história de infertilidade*, é capaz de aumentar significativamente (de 42.1% para 55.1%) a percentagem de variância explicada da percepção das mães sobre o *Apetite geral* dos seus bebês.

#### **4.4.7. Testagem da Hipótese Específica 47**

Como é possível verificar no Anexo 18, a HE47 não foi confirmada, uma vez que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo na explicação da variável dependente *Irritabilidade do bebé* ( $p = .772$ ), pelo que a HE47 não foi confirmada.

#### **4.4.8. Testagem da Hipótese Específica 48**

Esta hipótese específica não foi confirmada Anexo 19, uma vez que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para explicar a variável dependente *Duração e número de crises de choro ao longo do dia*.

#### **4.4.9. Testagem da Hipótese Específica 49**

Relativamente a esta hipótese específica, pretende-se verificar se a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Variação do choro e da agitação de dia para dia*, o que, pelo que podemos observar no Anexo 20, não se confirma ( $p = .382$ ).

#### **4.4.10. Testagem da Hipótese Específica 50**

Esta hipótese específica não foi confirmada, uma vez que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Frequência do choro do bebé* ( $p = .885$ ), como pode ser observado no Anexo 21.

#### **4.4.11. Testagem da Hipótese Específica 51**

Esta hipótese específica não foi confirmada, uma vez que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Impacto do choro* ( $p = .458$ ), como pode ser observado no Anexo 22.

#### 4.4.12. Testagem da Hipótese Específica 52

Como é possível verificar Anexo 23, a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Comportamento dos pais face ao choro do bebé* ( $p = .413$ ), pelo que a H52 não se confirma.

#### 4.4.13. Testagem da Hipótese Específica 53

Como é possível verificar no Anexo 24, a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Tempo de resposta perante o choro do bebé* ( $p = .401$ ), pelo que a H53 não se confirma.

#### 4.4.14. Testagem da Hipótese Específica 54

Esta hipótese específica foi confirmada (Tabela 8), uma vez que o último modelo, a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade*, dá um contributo significativo ( $p = .034$ ) para a explicação da variável dependente *Capacidade de acalmar o bebé*.

**Tabela 8.** Análise de regressão linear de H54

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.319	.102	-.006	.868	.102	.942	3	25	.435
2	.496	.246	-.005	.868	.144	1.006	4	21	.427
3	.709	.503	.182	.783	.257	2.202	4	17	.112
4	.793	<b>.629</b>	.350	.698	.125	5.394	1	16	<b>.034</b>

Considerando a tabela, podemos verificar que a variável presente no quarto modelo, *Existência/Inexistência de história de infertilidade*, é capaz de aumentar significativamente (de 50.3% para 62.9%) a percentagem de variância explicada da percepção das mães sobre a sua *Capacidade de acalmar o bebé*.

#### 4.4.15. Testagem da Hipótese Específica 55

Nesta hipótese específica, pretendia-se verificar se a nossa variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Problema de choro do bebé*, a qual não pode ser testada pelo facto de a variável dependente ser constante e, por isso, não poder ser realizada uma análise de regressão linear para a mesma.

#### **4.4.16. Testagem da Hipótese Específica 56**

Nesta hipótese específica, pretendia-se verificar se a nossa variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Aconselhamento sobre o choro do bebé*, o qual não se verifica ( $p = .211$ ), pelo que a hipótese não foi confirmada (Anexo 25).

#### **4.4.17. Testagem da Hipótese Específica 57**

Nesta hipótese específica, pretendia-se verificar se a nossa variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Tempo que o bebé é carregado/aconchegado*, o qual não se verifica ( $p = .703$ ), pelo que a hipótese não foi confirmada (Anexo 26).

#### **4.4.18. Testagem das Hipóteses Específicas 58, 59, 60, 61, 62 e 63**

A HE58 não se confirma dado que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Grau de dificuldade do bebé* ( $p = .295$ ). A HE59 também não foi confirmada, dado que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Grau de persistência do bebé* ( $p = .968$ ). A HE60 não foi, também, confirmada, dado que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Responsividade e sociabilidade do bebé* ( $p = .625$ ). A HE61 também não se confirmou, uma vez que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Reação do bebé ao vestir* ( $p = .276$ ). A HE62 não se confirmou, também, dado que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Reação do bebé ao colo* ( $p = .408$ ). Por fim, a HE63 também não foi confirmada, uma vez que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Atenção que o bebé pede* ( $p = .669$ ). As análises de regressão destas hipóteses podem ser consultadas nos Anexo 27 a 32.

#### **4.4.19. Testagem da Hipótese Específica 64**

Relativamente à HE64, cujo objetivo seria verificar se a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* dá um contributo significativo para a

explicação da variável dependente *Sono do bebê*, verificamos na Tabela 9 que a mesma se confirma ( $p = .029$ ).

**Tabela 9.** Análise de regressão linear de HE64

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.325	.105	-.011	6.305	.105	.904	3	23	.454
2	.415	.172	-.133	6.675	.066	.381	4	19	.820
3	.650	.422	-.002	6.275	.250	1.625	4	15	.220
4	.770	<b>.593</b>	.245	5.448	.171	5.897	1	14	<b>.029</b>

Considerando a tabela, podemos verificar que a variável presente no quarto modelo, *Existência/Inexistência de história de infertilidade*, é capaz de aumentar significativamente (de 42.2% para 59.3%) a percentagem de variância explicada do *Sono do bebê*.

#### **4.4.20. Testagem das Hipóteses Específicas 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81 e 82**

Relativamente às HE65, HE66, HE67, HE68, HE69, HE70, HE71, HE74, HE75, HE76, HE78, HE79, HE80, HE81 e HE82, as mesmas não foram confirmadas, uma vez que a variável independente não dá um contributo significativo para a explicação da variância das variáveis dependentes das hipóteses. As análises de regressão relativas a estas variáveis podem ser consultas nos Anexos 33 a 47.

Relativamente à HE72, a mesma foi confirmada, uma vez que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Despertar devido à fome* ( $p = .015$ ).

**Tabela 10.** Análise de regressão linear de HE72

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.333 <sup>a</sup>	.111	-.005	1.190	.111	.959	3	23	.429
2	.391 <sup>b</sup>	.153	-.160	1.279	.041	.233	4	19	.917
3	.646 <sup>c</sup>	.418	-.009	1.193	.265	1.708	4	15	.200
4	.791 <sup>d</sup>	<b>.625</b>	.304	.990	.208	7.758	1	14	<b>.015</b>

Considerando a tabela, podemos verificar que a variável presente no quarto modelo, *Existência/Inexistência de história de infertilidade*, é capaz de aumentar significativamente (de 41.8% para 62.5%) a percentagem de variância explicada da *Percepção parental acerca do acordar com fome do bebê*.

Em relação à HE73, podemos verificar que a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Dormir com luz de presença* ( $p = .016$ ).

**Tabela 11.** Análise de regressão linear de HE73

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.317	.101	-.017	1.384	.101	.859	4	23	.476
2	.522	.272	.004	1.369	.172	1.119	4	19	.377
3	.733	.538	.199	1.229	.265	2.152	4	15	.124
4	.836	<b>.699</b>	.441	1.026	.161	7.494	1	14	<b>.016</b>

Considerando a tabela, podemos verificar que a variável presente no quarto modelo, *Existência/Inexistência de história de infertilidade*, é capaz de aumentar significativamente (de 53.8% para 69.9%) a percentagem de variância explicada de *Dormir com luz de presença*.

Por fim, na HE77, a variável independente *Existência/Inexistência de história de infertilidade* não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Companhia de objetos durante o sono*, no entanto, o resultado é marginalmente significativo ( $p = .053$ ), pelo que podemos observar na Tabela 12.

**Tabela 12.** Análise de regressão linear de HE46

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	.489	.240	.140	1.665	.240	2.415	3	23	.093
2	.601	.361	.125	1.68	.121	.900	4	19	.483
3	.747	.557	.233	1.573	.197	1.666	4	15	.210
4	.815	<b>.664</b>	.376	1.418	.107	4.450	1	14	<b>.053</b>

Considerando a tabela, podemos verificar que a variável presente no quarto modelo, *Existência/Inexistência de história de infertilidade*, embora não dando um contributo significativo, é capaz de aumentar (de 55.7% para 66.4%) a percentagem de variância de *Companhia de objetos durante o sono*.

#### **4.4.21. Conclusão da testagem das Hipóteses Específicas e das variáveis sociodemográficas e clínicas**

Embora não tenha sido possível testar as hipóteses específicas relativas à primeira hipótese geral, a análise estatística dos dados permitiu confirmar parcialmente a segunda hipótese geral.

Algumas variáveis sociodemográficas (estatuto conjugal, idade e escolaridade da mãe) revelaram dar um contributo significativo para a explicação das variáveis dependentes *Tempo de resposta perante o choro do bebé* ( $p = .050$ ) e *Chorar ao despertar* ( $p = .050$ ), cujas análises de regressão podem ser encontradas nos Anexos 24 e 40, respetivamente.

As mesmas variáveis sociodemográficas anteriores e algumas variáveis clínicas (estatuto conjugal, idade e escolaridade da mãe, semanas de gestação, gravidez planeada, tipo de parto e número de consultas durante a gravidez) revelaram dar um contributo significativo face às variáveis dependentes *Reação ao vestir* ( $p = .016$ ), *Aconselhamento sobre o choro* ( $p = .022$ ), *Agitação do bebé durante o sono* ( $p = .005$ ) e *Facilidade em adormecer após acordar* ( $p = .008$ ), cujas análises de regressão podem ser consultadas nos Anexos 30, 25 e 42, respetivamente.

Por fim, a articulação das variáveis sociodemográficas e clínicas anteriores com o sexo do bebé, com o primeiro minuto do Índice de APGAR, com a idade do bebé e com o peso do bebé à nascença revelou dar um contributo significativo para a explicação da variável dependente *Facilidade em ser acalmado ao despertar* ( $p = .040$ ), cuja análise de regressão linear pode ser consultada no Anexo 41.



## **5. Discussão de Resultados e Principais Conclusões**

Embora não tenha sido possível testar as hipóteses específicas relativas à primeira hipótese geral, a análise estatística dos dados permitiu confirmar parcialmente a segunda hipótese geral. Percebeu-se que a existência de história de infertilidade se relaciona com algumas das percepções maternas sobre os bebês.

Esta diferença na percepção materna pode estar relacionada com a marca que a infertilidade deixou numa grande percentagem de pessoas que a experienciaram (Frances-Fischer & Lightsey, 2003). Nesta investigação, verifica-se que as mães com historial de infertilidade parecem ter mais dificuldade do que as mães sem historial de infertilidade em acalmar o bebé quando o mesmo está perturbado. Esta menor facilidade em acalmar o bebé pode estar relacionada com a tendência para uma vinculação ansiosa/ambivalente que é bastante comum nas mães com historial de infertilidade. Ao desenvolverem uma vinculação deste tipo, estas mães poderão não perceber de forma correta os estímulos transmitidos pelo bebé, o que fará com que não consigam dar uma resposta adequada às necessidades do mesmo (Borges, 2009). Assim, poderá não ser tão fácil para estas mães acalmarem o bebé. Além disso, esta vinculação ansiosa poderá estar relacionada com o facto de estas mães percecionarem os seus bebês com menos apetite, quando comparadas com mães sem historial de infertilidade. À ansiedade, podemos acrescentar a tendência das mesmas para protegerem demasiado os seus filhos (Faria, 2001; Frances-Fischer & Lightsey, 2003). Esta proteção exacerbada leva a que o bem-estar do filho seja de extrema importância para estas mães. Logo, as mesmas podem esperar que o filho tenha de ter um apetite o qual não corresponde à expectativa; isto não quer necessariamente dizer que aquele não tenha um apetite saudável. Além disso, alimentar o bebé é uma atividade muito associada ao papel de mãe pelo que percecionar o bebé como tendo um apetite menor do que o esperado pode pôr em causa esse papel. Este papel é de extrema importância para estas mães que desejam ser “mães perfeitas” (Frances-Fischer & Lightsey, 2003), uma vez que a infertilidade colocou esse papel em risco (Burns, 1990).

Também se verificam algumas diferenças na percepção materna entre mães com e sem historial de infertilidade ao nível do sono dos bebês. No entanto, contrariamente ao que seria expectável, nem sempre estas diferenças revelam uma percepção menos positiva das mães com historial de infertilidade acerca do sono do seu bebé. Isto pode dever-se ao facto de estas mães, por já terem experienciado um processo tão complicado e doloroso como é a infertilidade, terem desenvolvido uma maior resiliência para ultrapassar

adversidades (Gibson & McMahon, 2004; Moura-Ramos, et al., 2010) como o nascimento pré-termo dos seus bebés. No entanto, as mães que não passaram pela experiência de infertilidade, quando se veem confrontadas com o nascimento pré-termo do seu bebé, são assoladas por enormes sentimentos de ansiedade, medo e depressão (Barros, 2001; Vilska et al., 2009) com os quais podem não estar preparadas para lidar, contrariamente ao que pode acontecer com as mães que passaram pela experiência de infertilidade. Por isto, as mães com historial de infertilidade parecem perceber que os seus filhos dormem mais profundamente, quando comparadas com mães sem historial de infertilidade. Isto leva a que as mães sem historial de infertilidade percecionem que os seus filhos acordam mais vezes durante o sono, que acordam mais vezes por terem fome e que falam ou fazem mais sons durante o sono.

No entanto, pelo que verificámos nesta amostra, é mais comum os filhos de mães com historial de infertilidade dormirem na cama dos pais, quando comparados com os filhos de mães sem historial de infertilidade o que pode ser justificado com a questão da possível hiperprotecção demonstrada pelas mesmas (Faria, 2001; Frances-Fischer & Lightsey, 2003), o que pode levar a que estas mães se sintam mais seguras relativamente ao bebé se o mesmo dormir com elas. Além disso, também é mais comum que os bebés destas mães durmam acompanhados, quando comparados com os bebés de mães sem historial de infertilidade. Isto pode-se justificar com o facto de estes dormirem mais vezes na cama dos pais e também com o facto de, muitas vezes, gravidezes após um historial de infertilidade levarem a gravidezes gemelares (Ulrich et al., 2004). Portanto, quando as mães com historial de infertilidade percecionam o seu bebé como mexendo-se mais durante o sono, quando comparadas com as mães sem historial de infertilidade, isto pode estar relacionado com o facto de, quando dormem na cama dos pais, as mães terem uma maior percepção de quando ele se mexe, mas também, com a hiperprotecção supramencionada. As mães híper-preocupadas têm uma maior tendência a verificar todos os movimentos dos filhos, pelo que é possível que estas mães tenham uma percepção mais pronunciada dos movimentos dos seus bebés.

A circunstância de o bebé só conseguir adormecer acompanhado verifica-se mais frequentemente em bebés cujas mães não têm historial de infertilidade, quando comparados com os bebés cujas mães têm historial de infertilidade. Isto pode ser difícil de avaliar uma vez que os bebés de mães com historial de infertilidade dormem mais vezes acompanhados do que os bebés cujas mães não têm historial de infertilidade. O

facto de os bebés cujas mães não têm historial de infertilidade dormirem menos vezes acompanhados pode levar ao facto de os mesmos dormirem mais vezes com uma luz de presença e/ou com um objeto, como um peluche ou uma fralda. Desta maneira, as mães podem sentir que não os estão a deixar sozinhos, o que mostra preocupação pelo bem-estar e sentimento de segurança dos bebés.

Por fim, as mães com historial de infertilidade percecionam os seus bebés mais rabugentos ao acordar, o que pode ser justificado com a questão da tendência para uma vinculação mais ansiosa acima mencionada que poderá fazer com que aquelas não entendam bem os estímulos transmitidos pelo bebé e, assim, não consigam responder da melhor maneira ao bebé.

Uma descoberta importante nesta investigação é o facto de o primeiro minuto do Índice de APGAR ajudar a fornecer um contributo significativo para a explicação das variáveis dependentes. Como este índice é utilizado na avaliação do ajuste imediato do recém-nascido à vida extrauterina, o contributo que dá para a explicação das variáveis dependentes pode ser no sentido de que a perceção materna sobre o bebé, no primeiro momento, pode influenciar a perceção materna mais tarde. Parece que a vulnerabilidade que os bebés possam demonstrar numa primeira instância vai afetar a perceção parental a longo prazo relativamente ao bem-estar do bebé (Culley et al., 1989).

É também importante referir que esta amostra não tem mães de estatuto socioeconómico baixo e que as mães com um estatuto socioeconómico elevado (33%) e com maior nível de escolaridade têm uma maior tendência para percecionarem o seu bebé como mais vulnerável. No entanto, esta perceção pode ser colmatada em mães casadas (94.4%) com uma relação de apoio e com sentimentos positivos acerca do seu bem-estar (Culley et al., 1989).

Contrariamente àquilo que era expectável, as diferenças na transição para a parentalidade entre mães com historial de infertilidade e mães sem historial de infertilidade não existem em grande quantidade. Isto, para além de poder ser uma consequência do tamanho reduzido da amostra, poderá também dever-se às diferenças na resiliência perante situações adversas entre estes dois grupos de mães. O facto de algumas mães terem passado por um processo tão complicado como é a infertilidade pode tê-las ajudado a desenvolver estratégias mais eficazes para lidar com situações inesperadas e negativas (Burns, 1990; Gameiro et al., 2011; McMahon & Gibson, 2002; Sydsjö et al.,

2002) tais como a comunicação, a partilha de sentimentos e a procura de soluções (Moura-Ramos, et al., 2010). Para além disto, para estas mães, o filho que nasceu é percecionado como uma criança “milagre” (Serra & Leal, 2006), o que pode contribuir para o facto de a prematuridade não pesar tanto nestas mães.

Por sua vez, as mães sem historial de infertilidade, quando confrontadas com o nascimento pré-termo, podem não conseguir desenvolver estratégias eficazes para lidar com essa adversidade; a de serem mães prematuras com bebés com necessidades especiais, as quais elas não expectavam. Acrescentando a própria culpa que estas mães podem sentir por não terem conseguido levar a gravidez a termo, esta transição para a parentalidade pode ser um processo muito complicado para as mesmas (Whittingham et al., 2014).

A pertinência de esta investigação prende-se com o facto de estas variáveis nunca terem sido estudadas em conjunto pelo que se espera que esta investigação abra portas a outras investigações sobre esta mesma temática. Para além disto, com esta investigação, abre-se a possibilidade de a história de infertilidade afetar a forma como a mãe perceciona e se relaciona com o bebé, algo que passava despercebido na maioria dos estudos com bebés nascidos de pré-termo. Com esta investigação, espera-se que este fator seja incluído nas futuras investigações com bebés nascidos de pré-termo, uma vez que o mesmo parece ser relevante. Esta investigação parece, também, ter vindo a reforçar a importância das primeiras perceções que a mãe tem sobre o bebé nascido de pré-termo, dado que as mesmas também parecem influenciar a perceção materna sobre o bebé a longo prazo. Isto pode reforçar a importância de uma intervenção psicológica inicial junto das mães com bebés nascidos de pré-termo, de maneira a poder prevenir-se eventuais enviesamentos perceptivos, através de uma psico-educação sobre o mesmo.

### **5.1. Limitações do estudo**

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em conta, nomeadamente o tamanho da amostra, que foi difícil de alcançar devido à especificidade da amostra e também às condicionantes da recolha. Relativamente à recolha de dados presencial, a mesma aconteceu na sala de espera da Consulta de Desenvolvimento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, um local muito movimentado que pode ter originado algum desconforto nos participantes em falar sobre algumas temáticas do questionário

sociodemográfico. Geralmente, são as mães que acompanham os bebés às consultas sem os pais dos mesmos, pelo que isso dificultou a recolha de respostas de pais, o que impossibilitou a testagem de uma hipótese geral. O preenchimento dos questionários foi, por diversas vezes, interrompido devido às consultas dos bebés e alguns participantes que concordaram participar no estudo levaram os questionários para casa com o envelope para enviar os questionários e não os enviaram. Também houve questionários que foram preenchidos através de uma plataforma on-line o que fez com que os dados não tivessem sido sempre recolhidos de forma idêntica. O facto de ser um protocolo composto por cinco questionários poderá tornar o seu preenchimento cansativo e isso poderá ter condicionado a disponibilidade de resposta. Uma outra limitação é relativa à análise do nível socioeconómico de Graffar, o mesmo sujeito à subjetividade da investigadora ao basear-se nas descrições relatadas pelos participantes que, por si só, já são subjetivas. Isto pode ter tido bastante influência na homogeneidade verificada no estatuto socioeconómico, dado esta amostra não ter participantes do nível socioeconómico médio baixo e baixo, sendo essa outra limitação deste estudo. Outra limitação é relativa à homogeneidade da amostra em algumas características, como o estatuto conjugal e o estatuto socioeconómico.

## **5.2. Investigações futuras**

Para investigações futuras, seria necessário melhorar as condições da recolha da amostra e assegurar o mesmo procedimento na recolha da mesma. Seria importante, também, recolher uma amostra maior para testar as conclusões desta investigação e para que a mesma seja representativa da população. Uma maior amostra com uma maior heterogeneidade (no estatuto conjugal, no estatuto socioeconómico e no género dos participantes) permitirá testar hipóteses que não puderam ser testadas e talvez proporcionar conclusões que não foram passíveis de retirar nesta investigação.

Também seria pertinente validar o Questionário do Sono do Bebé, uma vez que o mesmo foi criado para esta investigação e, pelo tamanho reduzido da amostra, não se pôde proceder à sua validação.

Por fim, poderia ser relevante replicar este estudo não só com bebés nascidos de pré-termo mas também com bebés de termo, para que se consigam retirar conclusões mais precisas acerca da diferença na transição para a parentalidade entre casais com e sem história de infertilidade.



## 6. Bibliografia

Allen, K. D., Maguire, K. D., Williams, G. E., & Sanger, W. G. (1996). The Effects of Infertility on Parent-Child Relationships and Adjustment. *Children's Health Care*, 25(2), 93–105. <https://doi.org/10.1207/s15326888chc2502>

Associação XXS. (2016). O que é um bebé prematuro? Consultado a 21 de Setembro de 2016, de [www.xxs-prematuros.com](http://www.xxs-prematuros.com)

Barros, L. (2001). O bebé nascido em situação de risco. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 235–254). Coimbra: Quarteto Editora.

Birss, S. (2007). Transition to parenthood. Promoting the Parent-Infant relationship. In *Understanding Newborn behaviour and early relationships. The newborn behavioural observations (NBO) system handbook*. (pp. 27–50). Baltimore: Brooks Pub.

Borges, S. (2009). A parentalidade nos casais em situação de infertilidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3, 427–434.

e use of assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 70(5), 860–865. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(98\)00287-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(98)00287-8)

Burns, L. H. (1990). An exploratory study of perceptions of parenting after infertility. *Family Systems Medicine*, 8(2), 177–189. <https://doi.org/http://dx.doi.org.ezproxy.lib.ryerson.ca/10.1037/h0089398>

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade - Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17–50). Quarteto Editora.

Carneiro, A., Dias, P., Magalhães, C., Soares, I., Rangel-henriques, M., Silva, J., ... Baptista, J. (2013). Avaliação Do Temperamento Aos 13 E Aos 24 Meses Através Do Relato Da Mãe: Validação Da Versão Portuguesa Do Infant Characteristics Questionnaire Assessment of Temperament At 13 and 24 Months Usingmaternal Report : Validation of the Port. *Journal of Human Growth and Development*, 23(1), 71–79.

Cestari, D. M. (2008). *Filhos do desamparo, filhos que amparam: significações sobre a parentalidade de adolescentes-pais em Medida de Liberdade Assistida*. Universidade de Brasília.

Corter, C. M., & Minde, K. K. (1987). Impact of infant prematurity on family systems. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8, 1–48.

Cox, S. J., Glazebrook, C., Sheard, C., Ndukwe, G., & Oates, M. (2006). Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertility and Sterility*, 85(1), 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.07.1287>

Crnic, K. A., Ragozin, A. S., Greenberg, M. T., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants

during the first year of life. *Child Development*, 54(5), 1199–1210. <https://doi.org/10.2307/1129675>

Culley, B. S., Perrin, E. C., & Chaberski, M. J. (1989). Parental perceptions of vulnerability of formerly premature infants. *Journal of Pediatric Health Care*, 3(5), 237–245. [https://doi.org/10.1016/0891-5245\(89\)90003-5](https://doi.org/10.1016/0891-5245(89)90003-5)

Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E. A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73(4), 805–811. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028299004938>

Dornelles, L. M. N., MacCallum, F., Lopes, R. C. S., Piccinini, C. A., & Passos, E. P. (2016). The experience of pregnancy resulting from Assisted Reproductive Technology (ART) treatment: A qualitative Brazilian study. *Women and Birth*, 29(2), 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.012>

Eiser, C., Eiser, J. R., Mayhew, A. G., & Gibson, A. T. (2005). Parenting the premature infant: Balancing vulnerability and quality of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(11), 1169–1177. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.00415.x>

Esteves, M. L. (2009). *Infertilidade a quanto obrigas!... Investigação da Personalidade na Infertilidade Psicogénea e na Fertilidade*. Lisboa: Trilhos Editora e Coisas de Ler.

Faria, C. (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 189–209). Coimbra: Quarteto Editora.

Ferreira, L. B. (2016). Prematuridade e parentalidade: uma visão pela psicologia pediátrica. In J. Justo (Ed.), *Diálogos acerca da prematuridade* (pp. 73–93). Évora: Edições Aloendro.

Ferreira, M., Sanchez, E. T., Gatimel, N., Fajau, C., Lesourd, F., Bujan, L., ... Leandri, R. (2016). Parenthood and separation in couples 6 years after their first infertility consultation. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 198, 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.12.027>

Frances-Fischer, J. E., & Lightsey, O. R. (2003). Parenthood After Primary Infertility. *The Family Journal*, 11(2), 117–128. <https://doi.org/10.1177/1066480702250153>

Frodi, A. M., & Lamb, M. E. (1978). Fathers' and mothers' responses to the faces and cries of normal and premature infants. *Developmental Psychology*, 14(5), 490–498. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.14.5.490>

Gallegos-Martínez, J., Reyes-Hernández, J., & Scochi, C. G. S. (2013). The hospitalized preterm newborn: The significance of parents' participation in the Neonatal Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1360–1366. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2970.2375>

Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M. C., Santos, T. A., & Dattilio, F. M.

(2011). Congruence of the Marital Relationship During Transition to Parenthood: A Study with Couples Who Conceived Spontaneously or Through Assisted Reproductive Technologies. *Contemporary Family Therapy*, 33(2), 91–106. <https://doi.org/10.1007/s10591-011-9153-7>

Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2010). Psychosocial adjustment during the transition to parenthood of Portuguese couples who conceived spontaneously or through assisted reproductive technologies. *Research in Nursing and Health*, 33(3), 207–220. <https://doi.org/10.1002/nur.20377>

Gibson, F., & McMahon, C. (2004). Parenting and child psychosocial development after infertility management. *International Congress Series*, 1266(C), 351–358. <https://doi.org/10.1016/j.ics.2004.01.116>

Hahn, C. S. (2001). Review: psychosocial well-being of parents and their children born after assisted reproduction. *J Pediatr Psychol*, 26(8), 525–538. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.8.525>

Holditch-Davis, D., Sandelowski, M., & Harris, B. G. (1998). Infertility and early parent-infant interactions. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 992–1001. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00587.x>

Hosaka, T., Matsubayashi, H., Sugiyama, Y., Izumi, S. I., & Makino, T. (2002). Effect of psychiatric group intervention on natural-killer cell activity and pregnancy rate. *General Hospital Psychiatry*, 24(5), 353–356. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(02\)00194-9](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(02)00194-9)

Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164–173. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x>

Lederman, R., & Weis, K. (2009). *Psychosocial adaptation to pregnancy: Seven dimensions of maternal role development. Psychosocial Adaptation to Pregnancy: Seven Dimensions of Maternal Role Development* (3rd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0288-7>

Magill-Evans, J., & Harrison, M. J. (1999). Parent-Child Interactions and Development of Toddlers Born Preterm. *Western Journal of Nursing Research*, 21(3), 292–312. <https://doi.org/10.1177/01939459922043893>

McBride, B. A., Schoppe, S. J., & Rane, T. R. (2002). Child characteristics, parenting stress, and parental involvement: Fathers versus mothers. *Journal of Marriage and Family*, 64(4), 998–1011. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00998.x>

McGrath, J. M., Samra, H. a, Zukowsky, K., & Baker, B. (2010). Parenting after infertility: issues for families and infants. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 35(3), 156–164. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3181d7657d>

McMahon, C., & Gibson, F. (2002). A special path to parenthood: parent-child relationships in families giving birth to singleton infants through IVF. *Reproductive*

*Biomedicine Online*, 5(2), 179–186. [https://doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)61622-7](https://doi.org/10.1016/S1472-6483(10)61622-7)

Moreno-Rosset, C., Arnal-Remón, B., Antequera-Jurado, R., & Ramírez-Uclés, I. (2016). Anxiety and psychological wellbeing in couples in transition to parenthood, 24(2), 117–127. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(13\)70013-6](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(13)70013-6)

Morse, C., & Dennerstein, L. (1985). Infertile couples entering an in vitro fertilisation programme: A preliminary survey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(3), 207–219. <https://doi.org/10.3109/01674828509019584>

Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., Santos, T. A., & Canavarro, M. C. (2010). Psychosocial adjustment in Infertility: A comparison Study of Infertile Couples, Couples Undergoing assisted Reproductive Technologies and Presumed Fertile Couples. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 299–319.

Serra, A. M., & Leal, I. P. (2006). Preocupações parentais dos pais de crianças nascidas por fertilização in vitro. *Análise Psicológica*, 2(24), 149–154.

Silva-Carvalho, J., & Santos, A. (2009). Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal (Vol. 1. Estudo na Comunidade). *Porto: Faculdade de Medicina Da Universidade Do Porto*, 74.

[http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Estudo+AFRODITE:+Caracterização+da+Infertilidade+em+Portugal+\(I+-Estudo+na+Comunidade\)#0](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Estudo+AFRODITE:+Caracterização+da+Infertilidade+em+Portugal+(I+-Estudo+na+Comunidade)#0)

Spielman, V., & Taubman-Ben-Ari, O. (2009). Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: A comparison between parents of pre- and full-term babies. *Health & Social Work*, 34(3), 201–212. <https://doi.org/10.1093/hsw/34.3.201>

Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1998). Special Needs: Premature or Handicapped Babies. In *The birth of a mother: how the motherhood changes you forever* (pp. 181–201). London: Basic Books.

Sutcliffe, A. G., Edwards, P. R., Beeson, C., & Barnes, J. (2004). Comparing parents' perceptions of IVF conceived children's behavior with naturally conceived children. *Infant Mental Health Journal*, 25(2), 163–170. <https://doi.org/10.1002/imhj.10093>

Sydsjö, G., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A. (2002). Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: a prospective long-term follow-up study. *Human Reproduction*, 17(12), 3242–50. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.12.3242>

Ulrich, D., Gagel, D. E., Hemmerling, a, Pastor, V. S., & Kentenich, H. (2004). Couples becoming parents: something special after IVF? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25(2), 99–113. <https://doi.org/10.1080/17402520400004599>

Valenzuela-Alcaraz, B., Crispi, F., Manau, D., Cruz-Lemini, M., Borrás, A., Balasch, J., & Gratacós, E. (2016). Differential effect of mode of conception and infertility treatment on fetal growth and prematurity. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine : The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation*

*of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 1–21. <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1151868>

van Balen, F. (1996). Child-Rearing Following In Vitro Fertilization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 687–693.

Van Balen, F. (2005). Late parenthood among subfertile and fertile couples: Motivations and educational goals. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 276–282. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.09.002>

Vilksa, S., Unkila-Kallio, L., Punamäki, R. L., Poikkeus, P., Repokari, L., Sinkkonen, J., ... Tulppala, M. (2009). Mental health of mothers and fathers of twins conceived via assisted reproduction treatment: A 1-year prospective study. *Human Reproduction*, 24(2), 367–377. <https://doi.org/10.1093/humrep/den427>

Voigt, B., Brandl, A., Pietz, J., Pauen, S., Kliegel, M., & Reuner, G. (2013). Negative reactivity in toddlers born prematurely: Indirect and moderated pathways considering self-regulation, neonatal distress and parenting stress. *Infant Behavior and Development*, 36(1), 124–138. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.11.002>

Whittingham, K., Boyd, R. N., Sanders, M. R., & Colditz, P. (2014). Parenting and Prematurity: Understanding Parent Experience and Preferences for Support. *Journal of Child and Family Studies*, 23(6), 1050–1061. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9762-x>

# **ANEXOS (CD)**