

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



A influência do funcionamento psicológico das mães de bebés pré-termo sobre a percepção
que estas têm do comportamento dos seus bebés

Rute Marisa da Silva Videira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



A influência do funcionamento psicológico das mães de bebés pré-termo sobre a percepção
que estas têm do comportamento dos seus bebés

Rute Marisa da Silva Videira

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2014

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor João Justo, pelo enorme apoio ao longo deste percurso, pela disponibilidade, pela confiança, pela partilha de conhecimentos, de histórias de vida e de experiências, mas sobretudo pelo encorajamento que sempre me deu.

A toda a equipa do Serviço de Pediatria da Maternidade Doutor Alfredo da Costa que me permitiu a realização desta investigação, em particular às administrativas, D. Maria José e D.Sallet pela sua simpatia, disponibilidade, atenção, interesse e facilidades concedidas para a realização do projecto.

Às mães dos bebés pré-termo que são acompanhados nas consultas de desenvolvimento da Maternidade Doutor Alfredo da Costa, que participaram na investigação pela disponibilidade que apresentaram, pela partilha e pela confiança que me concederam.

A todas as minhas colegas de trabalho pela partilha e pelas palavras de motivação.

À Joana Carvalho e à Rita Governo pelo apoio incondicional, pela partilha de experiências, pelas palavras orientadoras e essencialmente de motivação, não me deixando desistir nos momentos em que tudo parecia não ter fim.

À Sara e à Joana Vilas por estarem sempre comigo, pelo carinho, amizade e apoio incondicional.

Ao Bruno Saraiva por estar sempre presente e pelas palavras reconfortantes e motivadoras.

Ao Hugo por todo o apoio e disponibilidade.

Aos meus pais e aos meus irmãos pelo amor, carinho e apoio incondicional ao longo desta caminhada árdua.

RESUMO

Objectivo: Estudar a influência do funcionamento psicológico das mães de bebés pré-termo sobre a percepção que estas têm do comportamento dos seus bebés. Os aspectos do funcionamento psicológico destas mães que possivelmente têm uma influência mais significativa sobre as suas percepções são: o stress, a ansiedade e a depressão.

Instrumentos: 36 mães pré-termo preencheram, *Questionário Sociodemográfico e Clínico*, *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)*, *Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)*, *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*, *Questionário das Características do Bebé (QCB)*, *Questionário sobre Comportamento Alimentar do Bebé (QCAB)* e *Questionário sobre Padrão de Choro (QPC)*.

Hipótese geral: O stress, a ansiedade e a depressão das mães de bebés pré-termo dão contributos significativos para a explicação da variância estatística da percepção que estas mães têm do comportamento dos seus bebés.

H1: Estima-se que as variáveis independentes stress, ansiedade e depressão das mães pré-termo contribuam significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do padrão de choro (doze dimensões independentes) e do comportamento alimentar.

H2: Estima-se que as variáveis independentes do domínio da satisfação conjugal das mães pré-termo contribuam significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do padrão de choro e do comportamento alimentar.

H3: Estima-se que as variáveis independentes do domínio da percepção do apoio social das mães pré-termo contribuam significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do padrão de choro e do comportamento alimentar .

H4: Estima-se que as variáveis independentes relativas aos acontecimentos obstétricos contribuam significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do padrão de choro e do comportamento alimentar.

H5: Estima-se que as variáveis independentes do domínio das características do bebé pré-termo contribuam significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis

dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do padrão de choro e do comportamento alimentar .

Resultados: a primeira hipótese não se confirma, na medida em que as variáveis independentes stress, ansiedade e depressão das mães pré-termo não contribuem significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do comportamento alimentar e do padrão de choro. Relativamente à segunda hipótese, conclui-se que esta se confirma parcialmente, na medida em que a *Satisfação Marital Global* contribui significativamente para justificar a percepção materna sobre o comportamento alimentar do bebé, na medida em que, através dos dados da nossa análise, se verifica que a variável resposta à comida revela poder explicativo. Em relação à hipótese específica 3, os dados da análise de regressão permitem concluir que esta não se confirma, na medida em que as variáveis independentes do domínio da percepção do apoio social das mães pré-termo não se revelam significativos para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes. Quanto à quarta hipótese, relativa à relação dos acontecimentos obstétricos com a percepção materna do temperamento do bebé, é parcialmente confirmada, na medida em que as variáveis independentes relativas aos acontecimentos obstétricos contribuem significativamente para a explicação da variância estatística da percepção do temperamento do bebé. A quinta hipótese, que diz respeito aos dados do bebé, foi parcialmente confirmada, na medida em que as variáveis relativas aos dados do bebé pré-termo contribuem significativamente para explicar a percepção materna sobre o comportamento alimentar do bebé, tal como se previu e fundamentou anteriormente

Conclusão: espera-se que este trabalho tenha contribuído para um maior conhecimento e compreensão das repercussões que a prematuridade pode ter no funcionamento psicológico das mães de bebés pré-termo e, por sua vez, de que forma é que estas podem influenciar a percepção materna sobre o temperamento, comportamento alimentar e padrão de choro do bebé. No entanto, é importante realçar que a prematuridade por si só, não tem de ser vista necessariamente como um factor causador de ansiedade, depressão e stress, apesar de ser uma situação de vida propensa a tal, pelo que se deverá, também, ter em consideração outros factores relevantes, nomeadamente os antecedentes obstétricos, o estado clínico e de desenvolvimento do bebé, o suporte conjugal, familiar e social, o investimento parental e a avaliação da interacção mãe-bebé.

ABSTRACT

Objective: The main goal was to study the influence of pre-term mothers' psychological functioning about the perception of their babies behavior.

Instruments: 36 pre-term mothers had to fill, *Questionário Sociodemográfico e Clínico*, *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)*, *Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)*, *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*, *Questionário das Características do Bebê (QCB)*, *Questionário sobre Comportamento Alimentar do Bebê (QCAB)* e *Questionário sobre Padrão de Choro (QPC)*.

General Hypothesis: Stress, anxiety and depression of pre-term babies' mothers contribute significantly to the explanation of the statistical variance of these mothers' perceptions about their baby behavior.

Specific Hypotheses:

H1: It is estimated that independent variables, stress, anxiety and depression of pre-term mothers contribute significantly to the explanation of dependent variables (mother perception about baby temperament, crying pattern and feeding behavior) statistic variance.

H2: It is estimated that independent variables from pre-term mothers' marital satisfaction domain contribute significantly to the explanation of dependent variables (mother perception about baby temperament, crying pattern and feeding behavior) statistic variance.

H3: It is estimated that independent variables from pre-term mothers' social support perception domain contributes significantly to the explanation of dependent variables (mother perception about baby temperament, crying pattern and feeding behavior) statistic variance.

H4: It is estimated that independent variables related to obstetric events contribute significantly to the explanation of dependent variables (mother perception about baby temperament, crying pattern and feeding behavior) statistic variance.

H5: It is estimated that independent variables from the domain of pre-term babies' characteristics contribute significantly to the explanation of dependent variables (mother perception about baby temperament, crying pattern and feeding behavior) statistic variance.

Results: H1 was not confirmed, due to the non-contribute of independent variables (stress, anxiety and depression) to the statistic variance explanation of the dependent variable mentioned above. H2 was partially confirmed, in that global marital satisfaction contributes

significantly to justify mother perception about baby feeding behavior. H3 was not confirmed because independent variables of pre-term mothers' social support domain perception did not reveal significant to the statistic variance explanation of dependent variables. H4 related to the relation between obstetric events and mother perception about baby temperament was partially confirmed, because independent variables related to the obstetric events contribute significantly to the statistic variance explanation of the baby temperament perception. H5 regarding baby data was partially confirmed due to the significant contribution of the baby data to the explanation of mother perception about baby feeding behavior, as predicted and sustained before.

Conclusion: It's expected that this study contributes to a better knowledge and comprehension of the repercussions that prematurity may have in pre-term mothers' psychological functioning and in turn, the way they can influence mother perception about baby temperament, feeding behavior and baby crying pattern. However it's important to note that prematurity by itself do not have to be seen necessarily as a causal factor for anxiety, depression and stress, besides the fact that life situation is likely to promote that. Nonetheless, other relevant factors must be considered, including obstetric background, clinical and developmental baby status, marital, family and social support, parental investment and mother-baby interaction evaluation.

ÍNDICE DE TABELAS

- Tabela 1** – Análise de regressão, VD- Resposta à comida, VI- depressão materna
- Tabela 2** – Análise de regressão, VD- QPC 6, VI- stress materno
- Tabela 3** – Análise de regressão, VD- QPC 11, VI- Stress materno
- Tabela 4** – Análise de regressão, VD- Resposta à Comida, VI- EASAVIC-Total
- Tabela 5** – Análise de regressão, VD- QPC 5, VI- EASAVIC – Total
- Tabela 6** – Análise de regressão, VD- QPC 6, VI- EASAVIC – Total
- Tabela 7** – Análise de regressão, VD- Resposta à comida, VI- ESSS-Total
- Tabela 8** – Análise de regressão, VD- Lentidão ao Comer, VI- ESSS-Total
- Tabela 9** – Análise de regressão, VD- QPC 4, VI- ESSS
- Tabela 10** – Análise de regressão, VD- QPC 6, VI- ESSS
- Tabela 11** – Análise de regressão, VD- QPC 11, VI- ESSS
- Tabela 12** – Análise de regressão, VD- QCB, VI- Dados Obstétricos
- Tabela 13** – Análise de regressão, VD- Resposta de Saciedade, VI- Dados obstétricos
- Tabela 14** – Análise de regressão, VD- Resposta à comida, VI- Dados Obstétricos
- Tabela 15** – Análise de regressão, VD- QPC 4, VI- Dados obstétricos
- Tabela 16** – Análise de regressão, VD- QPC 6, VI- Dados obstétricos
- Tabela 17** – Análise de regressão, VD- Appetite Geral, VI- Características do Bebé Pré-Termo
- Tabela 18** – Análise de regressão, VD- Resposta à comida, VI- Características bebé pré-termo
- Tabela 19** – Análise de regressão, VD- Desfrute da comida, VI- Características bebé pré-termo
- Tabela 20** – Análise de regressão, VD- Desfrute da comida, VI- Características bebé pré-termo
- Tabela 21** – Análise de regressão, VD- QPC 6, VI- dados relativos ao bebé pré-termo

ÍNDICE DE ANEXOS (em CD)

Anexo I – Pedido de Autorização à Maternidade Alfredo da Costa

Anexo II – Autorização para utilização EASAVIC

Anexo III - Autorização para utilização QCB

Anexo IV - Autorização para utilização EADS e ESSS

Anexo V - Autorização para utilização QPC e QCA

Anexo VI – Informação à participante

Anexo VII – Consentimento Informado

Anexo VIII – Questionário Sócio-Demográfico

Anexo IX – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Anexo X – Escala de Ansiedade Depressão e Stress

Anexo XI – Escala de Satisfação com o Suporte Social

Anexo XII – Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebê

Anexo XIII – Questionário das Características do Bebê

Anexo XIV – Questionário sobre Padrão de Choro

Anexo XV – Análise de Consistência Interna

Anexo XVI – Análise Descritiva

Anexo XVII – Análise de Regressão

Anexo XVIII – Teste de Normalidade

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1.1. PREMATURIDADE	1
1.1.1. Definição, prevalência e etiologia	2
1.1.2. Complicações Neonatais Decorrentes da Prematuridade	5
1.1.3. Implicações Futuras no Desenvolvimento da Criança	6
1.2. STRESS PARENTAL	7
1.3. TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE E SATISFAÇÃO CONJUGAL	12
1.4. O TEMPERAMENTO, O CHORO E A ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ	15
1.5. O INVESTIMENTO PARENTAL	18
1.6. AS MÃES DE BEBÉS PRÉ-TERMO	20
1.7. A IMPORTÂNCIA DA REDE SOCIAL PARA AS MÃES DE BEBÉS PRÉ-TERMO	24
2. OBJECTIVO E HIPÓTESES	27
2.1. OBJECTIVO GERAL	27
2.2. HIPÓTESE GERAL	27
2.3. HIPÓTESES ESPECÍFICAS	27
3. MÉTODO	29
3.1. DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS	29
3.2. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	29
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	29
3.2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	29
3.2.3. Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)	30
3.2.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	31
3.2.5. Questionário das Características do Bebé (QCB)	32
3.2.6. Questionário sobre Comportamento Alimentar do Bebé (QCAB)	32
3.2.7. Questionário sobre Padrão de Choro (QPC)	33
3.3. SELECÇÃO DA AMOSTRA	33
3.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	33
3.4.1. As participantes	33
3.4.2. Antecedentes obstétricos	34
3.4.3. A gravidez, o parto e o pós-parto	34
3.4.4. Os bebés pré-termo	35

3.4.5. Factores relativos à interacção mãe-bebé	36
3.5. PROCEDIMENTO	38
3.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	40
4. RESULTADOS	41
4. 1. ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA	41
4.1.1. Questionário das Características do Bebé (QCB)	41
4.1.2. Questionário sobre Comportamento Alimentar do Bebé (QCAB)	41
4.1.3. Questionário sobre adção de Choro (QPC)	41
4.1.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	41
4.1.5. Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)	41
4.1.6. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	42
4.2. ESTATÍSTICA DESCRITIVA	42
4.3. TESTAGEM DE HIPÓTESES	44
4.3.1. Testagem da Hipótese Específica 1	45
4.3.1.1. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o temperamento do bebé	45
4.3.1.2. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o comportamento alimentar do bebé	45
4.3.1.3. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o choro do bebé	48
4.3.2. Testagem da Hipótese Específica 2	53
4.3.2.1. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o temperamento do bebé	53
4.3.2.2. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o comportamento alimentar do bebé	53
4.3.2.3. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o choro do bebé	54
4.3.3. Testagem da Hipótese Específica 3	56
4.3.3.1. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o temperamento do bebé	56
4.3.3.2. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o comportamento alimentar do bebé	56
4.3.3.3. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o choro do bebé	58
4.3.4. Testagem da Hipótese Específica 4	60
4.3.4.1. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o temperamento do bebé	61

4.3.4.2. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o comportamento alimentar do bebê	61
4.3.4.3. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o choro do bebê	63
4.3.5. Testagem da Hipótese Específica 5	65
4.3.5.1. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o temperamento do bebê	65
4.3.5.2. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o comportamento alimentar do bebê	65
4.3.5.3. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o choro do bebê	67
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E PRINCIPAIS CONCLUSÕES	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. PREMATURIDADE

O aumento do número de nascimentos pré-termo conduziu a um interesse crescente pela compreensão do modo como os pais de bebés pré-termo lidam com a situação de prematuridade, a curto e a longo prazo, na medida em que estes pais experimentam, na maior parte dos casos, situações complexas no contexto hospitalar. As dúvidas sobre como devem cuidar e relacionar-se com um bebé tão pequeno, muitas vezes com problemas de saúde à nascença, e que é percebido pelos pais como mais frágil e vulnerável (Linhares *et al.*, 2000), multiplicam-se, o que se torna susceptível de condicionar negativamente a interacção entre a figura parental e o bebé (Allen *et al.*, 2004). Este processo inclui emoções e sentimentos ambíguos que variam, desde o susto e a insegurança iniciais, ao se depararem com o recém-nascido fragilizado e diferente, até à aceitação do bebé tal com ele é (Souza, Araújo, Costa, Carvalho, & Silva, 2009).

Ao longo dos tempos, tem sido documentado por diversos estudos, que o nascimento pré-termo de um bebé é vivido pelos pais com um enorme sofrimento, experienciando assim vários sentimentos e reacções negativas como depressão, ansiedade, fúria, auto-culpabilização, impotência, insegurança e receio pela sobrevivência do bebé (e.g., Eriksson & Pehrsson, 2005; Pedrosa, Canavarro, Oliveira, Ramos, & Monteiro, 2005; Van der Pal, Maguire, Cessie, Wit, Walther, & Bruil, 2007).

Esta experiência devastadora é considerada como um *stressor* relativamente ao equilíbrio emocional materno, dado que, após o nascimento do bebé e durante o seu internamento, as mães experienciam sentimentos de depressão e ansiedade, mas que se espera que diminuam pelo menos até ao final do primeiro ano de vida da criança (Fraga, Linhares, Carvalho, & Martinez, 2008). Muitos outros estudos têm demonstrado também que mães e pais de bebés pré-termo tendem a manifestar níveis mais elevados de *stress* parental quer durante a primeira semana (ou o primeiro mês) após o nascimento do bebé (e.g., Singer *et al.* 1999; Lau, 2001; Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Anserment, & Muller-Nix, 2011), quer dois anos após o nascimento (Tommiska, Östberg, & Fellman, 2002).

No entanto, e tal como alguns autores têm demonstrado, a situação de prematuridade não é, por si só, um factor suficiente para se compreender o modo como os pais lidam com ela, sendo necessário ter-se em consideração a percepção que os pais têm acerca das suas próprias

capacidades para cuidar do bebê (Singer *et al.*, 1999; Halpern, Brand, & Malone, 2001), o apoio familiar e social que recebem (Robson, 1997; Linhares *et al.*, 2000; Barry & Singer, 2001; Lau, 2001; Eriksson & Pehrsson, 2002), o aspecto físico do bebê e o seu estado clínico (e.g., Singer *et al.*, 1999; Linhares *et al.*, 2000; Halpern, *et al.*, 2001; Goldberg & Di Vitto, 2002; Allen *et al.*, 2004; Lira, 2006;).

1.1.1. Definição, Prevalência e Etiologia

A definição do que é um “bebê prematuro” ainda hoje suscita várias discussões. No entanto, actualmente, utiliza-se a designação “bebê pré-termo”, visto que o próprio nome indica que se trata de um bebê nascido antes do termo (término previsto para o final da gravidez). Em 1892, Pierre Budin, pioneiro no estudo e investigação sobre a prematuridade, afirmou que um bebê podia ser considerado prematuro se tivesse um peso à nascença igual ou inferior a 2500 gramas (Scochi, Costa, & Yamanaka, 1996). Esta definição tem-se vindo a alterar ao longo dos tempos, sendo actualmente mais utilizada a idade gestacional para definir a prematuridade no seio da Medicina Neonatal. Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2008), a prematuridade é definida em relação a um bebê cujo nascimento ocorre antes das 37 semanas de gestação após o primeiro dia da última menstruação (Martinet, 2008). De acordo com Machado, Teixeira e Sá (2008), a prematuridade é definida, em função da idade gestacional, em três diferentes categorias: Prematuridade Limite, Prematuridade Moderada e Prematuridade Extrema. A Prematuridade Limite refere-se a um nascimento que ocorre entre as 35 e as 37 semanas de gestação, a Prematuridade Moderada diz respeito a um nascimento ocorrido entre as 31 e as 34 semanas de gestação e a Prematuridade Extrema aplica-se a recém-nascidos cujo nascimento ocorreu antes das 30 semanas. Assim, faz mais sentido falarmos em bebês pré-termo do que em bebês prematuros. Embora menos frequente, esta última categoria está associada a um número superior de mortes ocorridas no período neonatal e, também, a uma maior probabilidade de sequelas futuras no desenvolvimento da criança (Martinet, 2008). Já a prematuridade limite e a prematuridade moderada, mais frequentes, são aquelas em que a sobrevivência do bebê é mais provável e em que é menor a probabilidade de sequelas futuras (Martinet, 2008). No entanto, não é apenas a idade gestacional que é utilizada para definir a prematuridade. O peso à nascença é utilizado como segundo critério por investigadores e médicos. Este critério considera três grupos de categorias: “baixo peso”, “muito baixo peso” e “peso extremamente baixo” (Beckwith & Rodning, 1991). Segundo

estes autores, os recém-nascidos com peso à nascença igual ou inferior a 2500 gramas, isto é, entre as 1501 e as 2500 gramas, incluem-se na categoria “baixo peso”; a categoria “muito baixo peso” refere-se a recém-nascidos com um peso à nascença entre as 1500 e as 1000 gramas; por último, os recém-nascidos com peso inferior a 1000 gramas, são incluídos na categoria “peso extremamente baixo”. Os bebés que fazem parte de esta última categoria estão associados a situações de prematuridade extrema, sendo aqueles em que existe uma maior incerteza quanto à sobrevivência do bebé, não só pelo baixo peso apresentado, mas também porque geralmente surge associado a uma baixa idade gestacional (Beckwith & Rodning, 1991). Os progressos feitos na Medicina e na Enfermagem têm, no entanto, permitido a sobrevivência de bebés com idade gestacional muito baixa (inferior a 27 semanas) e extremo baixo peso (Tommiska *et al.*, 2002), desenvolvendo-se alguns deles sem sequelas decorrentes da prematuridade.

Tendo em conta o vasto leque de definições do conceito de prematuridade propostas na literatura, a de Rosenblatt (1997) parece ser a mais integradora e abrangente, encontrada na literatura. Segundo este autor, designa-se de prematuro todo o nascimento que ocorra antes das 37 semanas de gestação e, embora a idade gestacional seja o melhor preditor do desenvolvimento no período neonatal, deve ter-se igualmente em conta as categorias relativas ao peso à nascença. O número de nascimentos pré-termo tem aumentado ao longo dos anos devido, em parte, ao modo e ritmo de vida das sociedades contemporâneas, pelo que os países mais desenvolvidos e industrializados, onde as populações vivem em ambientes de maior *stress*, registam um aumento mais significativo no número de partos pré-termo (Araújo, Pereira, & Kac, 2007).

De acordo com os dados da Direcção Geral de Saúde (2011), entre 2001 e 2009 a taxa de nascimentos pré-termo em Portugal Continental sofreu um aumento relativo de 54,2%, sendo que em 2009 esta taxa foi de 8,8 por 100 nados vivos, correspondendo a 8289 nados vivos com menos de 37 semanas de gestação. Sendo que, no período 2004-2009, o valor mais elevado de este indicador registou-se em 2007 (9,1 por 100 nados vivos), tendo diminuído ligeiramente a partir de esse ano.

São diversos os factores que têm contribuído para o aumento do número de nascimentos pré-termo. Tendo em conta os dados da literatura estes factores podem ser classificados em três categorias: factores biomédicos e anatómicos (e.g., Ashdown-Lambert, 2005; Souza *et al.*, 2007; Martinet, 2008), que podem incluir tanto problemas maternos como fetais; factores sócio-económicos e demográficos (e.g., Gama, Macedo, Marra, & Silva, 2001)

e factores psicológicos (e.g., Araújo, Pereira, & Kac, 2007). De acordo com Botelho e Leal (2001), os factores biomédicos e anatómicos mais frequentes são: a) interrupção de gravidez, voluntária ou espontânea, no passado; b) tentativas mal sucedidas de interrupção voluntária da gravidez actual; c) gravidez gemelar; d) partos pré-termo anteriores; e) infecções maternas ou fetais; f) anomalias e malformações uterinas; g) problemas de saúde crónicos da mãe (e.g., hipertensão arterial, diabetes, obesidade, problemas cardíacos); h) alterações e malformações cromossómicas e/ou congénitas do feto. Os factores sócioeconómicos e demográficos são muitos variados e estão relacionados com: a) etnia e raça das mães (por exemplo, mães de etnia africana estão mais propícias a ter um parto prematuro); b) gravidezes não vigiadas ou mal vigiadas; c) baixo nível sócioeconómico e pobreza (Botelho & Leal, 2001); d) tabaco; e) ingestão de álcool ou outros tóxicos (Gama, Macedo, Marra, & Silva, 2001); f) condições de vida desfavoráveis à situação de gravidez; g) idade materna muito jovem (inferior a 18 anos) ou muito avançada (superior a 35/40 anos) (Ashdown-Lambert, 2005); entre outros. Os factores psicológicos são apontados por alguns autores como os responsáveis pelo maior número de nascimentos pré-termo (e.g., Correia & Linhares, 2007; Martinet, 2008), pelo que tem sido dada uma maior importância aos estudos e investigações cujo foco são os factores psicológicos como causa de um parto pré-termo, embora, ainda seja escasso o conhecimento nesta área. A ansiedade e o *stress* têm sido designados como os dois principais factores responsáveis pelo nascimento pré-termo, não estando, no entanto, estes factores apenas dependentes da situação de gravidez e de todas as mudanças corporais e psicológicas implicadas (Campos, 2001), mas também de acontecimentos quotidianos em que a mulher grávida está envolvida e que podem ser percebidos por esta como geradores de *stress*. Contudo, sabe-se que a gravidez, só por si, é geralmente percebida pela mulher grávida como uma etapa da vida que suscita ansiedade e *stress*, devido às mudanças que um nascimento traz tanto para si como para a família. Neste âmbito, Martinet (2008) afirma que uma gravidez vivida com ansiedade extrema pela mulher conduz a um risco mais elevado de ocorrerem complicações e, possivelmente, de se despoletar um parto pré-termo. Assim, a atitude que a grávida desenvolve face à gravidez constitui um factor importante a ser considerado. Muitos outros estudos desenvolvidos nesta área, por exemplo, Mamelle (1999) e Dayan (1999) (citados por Martinet, 2008) verificaram que existem características de funcionamento psicológico que são comuns a mulheres grávidas que tiveram um parto pré-termo. De todas estas características, destaca-se a dificuldade na aceitação da modificação corporal decorrente da gravidez, processos de vinculação e de identificação parental pobres ou

insuficientes, conflito edipiano não resolvido, ou ainda conflitos na construção da imagem heterossexual enquanto mulher e enquanto mãe, decorrentes de uma figura parental feminina dominante e de uma figura parental masculina ausente, recebendo esta última, pouca importância por parte da figura parental feminina. De acordo com Martinet (2008), entre outras características para além das mencionadas anteriormente, destaca-se a ideia, de que as mulheres que têm um parto pré-termo parecem manifestar, de uma forma mais ou menos consciente, a ausência de desejo de serem mães e de gerarem um filho. Assim, actualmente, acredita-se que o funcionamento psicológico e psicopatológico tem uma influência no comportamento da mulher grávida e, principalmente, no nascimento pré-termo (Campos, 2001; Martinet, 2008). Por outro lado, Botelho e Leal (2007) concluíram que apenas uma pequena percentagem das mães de bebés pré-termo reunia alguns indícios de perturbação psicopatológica, nomeadamente Neuroticismo, e que a frequência de sintomas depressivos ou de ansiedade é muito baixa quando comparada com o grupo de controlo, verificando ainda que níveis elevados de extroversão e actividade podem constituir um factor de risco para uma gravidez de termo. Desta forma, pode-se afirmar que quanto maior o número de factores presentes durante a gravidez, sejam eles biomédicos, anatómicos, socio-económicos, demográficos e/ou psicológicos, maior é o risco de ocorrer um nascimento antes de tempo e de surgirem complicações, sendo que os factores psicológicos, sociais e ambientais quando comparados com os factores biológicos, parecem estar mais fortemente associados com a ocorrência de um parto pré-termo (Campos, 2001; Correia & Linhares, 2007; Martinet, 2008).

1.1.2. Complicações Neonatais Decorrentes da Prematuridade

Segundo Rabelo, Chaves, Cardoso e Sherlock (2007), o nascimento pré-termo constitui para o bebé uma alteração brusca e violenta do seu estado fetal, no interior do útero materno. No entanto, tal como temos vindo a assistir, os progressos feitos na medicina têm contribuído em larga escala para o aumento da sobrevivência destes bebés no mundo exterior.

Uma das primeiras grandes criações nesta área foi a primeira incubadora especializada para bebés pré-termo, realizada por Pierre Budin, médico obstetra francês, que desta forma veio dar ênfase à ideia de que o pré-termo ao nascer deve dispor de condições que lhe permitam sobreviver, dada a sua imaturidade (Goldberg & Di Vitto, 2002). Outro dos grandes contributos nesta área foi a criação das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN], sendo uma elevada percentagem de bebés pré-termo transportada para a UCIN devido à sua

baixa idade gestacional e também ao baixo peso que apresentam à nascença, bem como por outras alterações decorrentes da baixa idade gestacional. A transferência do bebé para a UCIN, devido ao seu estado clínico, pode impor a separação dos pais à nascença (Evans, Whittingham, & Boyed, 2012).

De acordo com a *International Classification of Diseases, 10th Revision* [ICD – 10] (citado por Lindberg, 2007), a maior percentagem de mortes neonatais deve-se às complicações decorrentes da prematuridade (e.g., malformações congénitas), que diz respeito a cerca de 20% dos casos, e não devido à situação de prematuridade em si, que apenas ocorre em 17% dos casos conhecidos. Entre as complicações fisiológicas e problemas de saúde associados, as situações mais frequentes são as infeções generalizadas, conhecidas como sépsis, as dificuldades respiratórias – também conhecida por Síndrome de Dificuldade Respiratória [SDR] – (Beckwith & Rodning, 1991; Tommiska *et al.*, 2007), doenças metabólicas (Carvalho, Linhares, & Martinez, 2001) e hemorragias cerebrais (Beckwith & Rodning, 1991), dificuldades ou patologias alimentares, complicações pulmonares e, nas situações mais graves, as patologias neurológicas (Martinet, 2008).

1.1.3. Implicações Futuras no Desenvolvimento da Criança

As investigações, nesta área, têm-se centrado não só nas complicações que decorrem de um parto pré-termo, mas também nas implicações a longo-prazo que um nascimento pré-termo pode ter no desenvolvimento de uma criança. Diversos autores referem que crianças nascidas antes do termo têm uma maior probabilidade de apresentarem diversos problemas de desenvolvimento, entre os quais défices sensoriais e mentais, problemas de comportamento e ao nível da linguagem, dificuldades sociais e de relacionamento com os pares, dificuldades no funcionamento cognitivo e de aprendizagem, tendo também maiores probabilidades de desenvolverem perturbações do sono e alimentares, dificuldades psicomotoras e problemas emocionais (e.g., Beckwith & Rodning, 1991; Linhares *et al.*, 2000; Carvalho *et al.*, 2001; Magill-Evans & Harrison, 2001; Anderson & Doyle, 2003; Ashdown-Lambert, 2005; Martinet, 2008). Por exemplo, Novello e colaboradores (1992, citados por Linhares *et al.*, 2000) referem que crianças pré-termo apresentam um risco dez vezes superior de desenvolverem problemas ao nível do funcionamento e, também, paralisia cerebral e surdez.

Neste âmbito, Goldberg e Di Vitto (2002), através do seu estudo, dão um grande contributo à literatura, afirmando que o sorriso social em bebés pré-termo só aparece por volta

das 6 a 8 semanas de idade, enquanto que num bebé de termo este surge cerca das 4 semanas. Na área do funcionamento intelectual dos bebés, Sansavini e colaboradores (1996, citado por Botelho & Leal, 2001) demonstram que, crianças com baixo peso à nascença e com tempo de gestação inferior a 37 semanas apresentam um QI mais baixo em comparação com crianças de termo. Resultados semelhantes são referidos por Keltikangas-Järvinen e colaboradores (2007), indicando que crianças que foram bebés pré-termo apresentam menor capacidade cognitiva e mais problemas de memória e de atenção, quando comparadas com crianças cujo tempo de gestação é superior a 37 semanas, destacando-se, ainda, que quanto mais baixo é o peso à nascença maiores são as dificuldades escolares experimentadas na infância e também na adultícia, independentemente de factores sociais. A investigação de Anderson e Doyle (2003) vem acrescentar que crianças nascidas muito antes do termo (isto é, com idade gestacional inferior a 28 semanas) ou de extremo baixo peso (peso à nascença inferior a 1000 gramas), quando comparadas com crianças de peso normal (isto é, peso superior a 2499 gramas), apresentam maiores dificuldades de atenção, de leitura e de aritmética, hiperactividade, comportamentos atípicos, depressão, queixas somáticas e competências sociais e capacidades adaptativas mais imaturas. Por outro lado, tal como referem Botelho e Leal (2001), é essencial lembrar que o comportamento dos pais, e a forma como estes reagem ao nascimento pré-termo de um filho é um factor muito importante para o desenvolvimento futuro da criança.

Em Portugal, após a alta hospitalar, os recém-nascidos de muito baixo peso são encaminhados para acompanhamento clínico em consultas de desenvolvimento até à idade escolar. No entanto, apenas aproximadamente 25% das crianças é acompanhada por equipas multidisciplinares (Cunha, Cadete, & Virella, 2010).

1. 2. *STRESS* PARENTAL

A investigação nesta área tem procurado compreender a parentalidade, identificando os factores que a influenciam, e perceber de que modo ela é influenciada por estes mesmos factores (Abidin, 1992).

As experiências decorrentes do facto de se ser mãe ou pai, e tudo aquilo que envolve a prestação de cuidados aos filhos, tanto podem ser vividas pelos pais como experiências positivas e de prazer (proporcionando-lhes um sentido de competência) como podem ser difíceis, frustrantes e, conseqüentemente, geradoras de *stress* (Crnic & Low, 2002).

O *stress* parental pode definir-se por “uma reacção psicológica adversa, perante as exigências de ser mãe ou pai, que é experienciada com sentimentos negativos, acerca do próprio e da criança, sentimentos estes que são directamente atribuídos às exigências da parentalidade” (Deater-Deckard, citado por Crnic & Low, 2002, p. 248). A prematuridade dos bebés pode despoletar nas mães níveis de *distress* emocional significativos, levando ao comprometimento do seu ajustamento emocional, constituindo-se como uma situação de trauma para as mães, podendo estas ter sintomas de Stress Pós-traumático (Davis, Edwards, Mohay, & Wollin, 2003; Madu & Roos, 2006; Gill, 2007; Aagaard & Hall, 2008; Szijarto *et al.*, 2009).

Existem vários modelos que descrevem os mecanismos do *stress*, e particularmente, do *stress* parental. Qualquer um deles identifica a existência de vários factores importantes, determinando a forma como as exigências da parentalidade são percebidas e vividas pelos pais. De todos esses factores destacam-se as características da criança, as características das figuras parentais e as características do contexto social e familiar (Abidin, 1992; Crnic & Low, 2002; Belsky, 2005). Dentro do domínio do factor das características da criança, tem sido demonstrado que os pais de crianças com problemas de desenvolvimento, de comportamento ou ao nível biológico ou emocional experimentam níveis mais elevados de *stress* (Belsky, 2005). Na literatura encontramos descritas diversas características dos pais, entre as quais se destaca a falta de apoio social, a falta de auto-estima, o fraco investimento psicológico parental e as características da personalidade (Abidin, 1992; Crnic & Low, 2002; Belsky, 2005). No entanto, a forma como cada figura parental vive e lida com a situação geradora de *stress* pode ser muito distinta, variando de acordo com vários factores, incluindo a sua própria personalidade e as diferenças de género que têm adquirido uma importância crescente, devido às diferenças psicológicas existentes entre homens e mulheres (Deater-Deckard & Scarr, 1996, citados por Crnic & Low, 2002). Relativamente às características do contexto social e familiar, geralmente, dá-se ênfase a todas as relações que se estabelecem entre os membros da família e, ainda, às relações entre cada um desses membros e o meio externo envolvente. Vários autores referem, em particular, a importância da relação conjugal e a sua influência na parentalidade e, conseqüentemente, no *stress* percebido pelos pais (e.g., Crnic & Low, 2002; Belsky, 2005). Segundo Crnic e Low (2002), uma relação conjugal saudável, em que os elementos do casal se apoiam mutuamente perante as dificuldades que a parentalidade suscita, poderá baixar os níveis de *stress* parental e, assim, a criança desenvolver-se-á melhor, não só ao nível físico, mas também psicológico e social. Neste âmbito, Benzies, Harrison e Magill-Evans (2004)

afirmam que uma má qualidade da relação conjugal, um estatuto socioeconómico mais desfavorável e níveis mais elevados de *stress* parental conduzem a uma maior incidência de problemas de comportamento nas crianças. Portanto, é previsível que as variáveis conjugais influenciem a relação figura parental-criança, que será marcada por mais conflitos, contribuindo para um pior funcionamento da família.

A relação que se estabelece entre os vários factores determinará a forma como os pais percebem os seus filhos e, conseqüentemente, o modo como se comportam e se relacionam com eles, o que, por sua vez irá ter impacto no desenvolvimento e comportamento da criança (Abidin, 1995). Os diversos modelos explicativos do *stress* parental baseiam-se num conjunto semelhante de factores (características da criança, características dos pais e características do contexto social e familiar) que determinam o comportamento parental (e.g., Belsky, 1984; Abidin, 1992). Belsky (1984) descreveu um modelo em que contemplou características dos pais como, por exemplo, características de personalidade, características da criança (de personalidade e do desenvolvimento) e características do contexto social, tais como, a relação conjugal, a rede social, o ambiente escolar da criança e o ambiente profissional dos pais. De acordo com este autor, estabelecem-se relações directas e indirectas entre os vários factores que influenciam o funcionamento parental. Este modelo, por um lado, tem em conta a história do desenvolvimento dos pais, como medida de influência na personalidade parental que, por sua vez, irá ter influência no comportamento e funcionamento parental e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança (determinado já pelas próprias características desta que exercem, também, influência no comportamento parental). Por outro lado, entre a personalidade parental e as características do contexto social, estabelecem-se relações bi-direccionais, reconhecendo-se a existência de uma relação e influência, directa e indirecta, do contexto social no funcionamento parental.

Embora os diversos estudos realizados tenham concluído que os níveis elevados de *stress* parental contribuem para uma parentalidade disfuncional (e.g., Copeland & Harbaugh, 2005; Francisco et al., 2007; Rork, 2007; Szelbracikowski & Dessen, 2007), Abidin (1992, 1995) refere que níveis muito baixos de *stress* também podem influenciar negativamente o comportamento parental, uma vez que refletem uma menor preocupação e vigilância face aos filhos e ao seu comportamento (Abidin, 1992, 1995). Assim, pode-se verificar que o *stress* parental constitui um processo complexo, multi-determinado e cujos efeitos são diferentes para cada figura parental, cada filho e para cada família, tendo repercussões não só na relação

figura parental-criança como no desenvolvimento da criança e na capacidade da figura parental para ser pai ou mãe e, por consequência, no funcionamento familiar.

A parentalidade constitui uma tarefa difícil e suscitadora de *stress*, sendo, no entanto, o impacto físico e emocional nos pais bem maior quando surge associada à prematuridade neonatal, a qual irá influenciar a relação que se estabelece entre a figura parental e a criança (Singer *et al.*, 1999; Miceli *et al.*, 2000; Goldberg & Di Vitto, 2002). Vários estudos realizados no contexto da parentalidade na prematuridade neonatal demonstram que o nascimento de um filho pré-termo é um período marcado por um enorme sofrimento por parte dos pais, experimentando eles não só sentimentos de culpa, ansiedade, depressão, fúria, impotência e receio da morte do bebé, como receio em relação à sobrevivência do bebé (e.g., Eriksson & Pehrsson, 2002, 2005; Pedrosa, Canavarro, Oliveira, Ramos, & Monteiro, 2005; Van der Pal *et al.*, 2007), dado que do nascimento pré-termo podem advir, como já foi referido antes, problemas de saúde para a criança e por vezes, também, em diversas áreas do desenvolvimento. No entanto, este sofrimento também advém das mudanças ocorridas na vida pessoal e profissional dos pais (Boss, citado por Pedrosa *et al.*, 2005). Embora existam poucos estudos que abordem a temática do *stress* parental na prematuridade, têm surgido investigações cujo objectivo é o de investigar e compreender o impacto emocional e psicológico da prematuridade em ambas as figuras parentais, e não apenas na mãe (como tradicionalmente acontece) (e.g., Lau, 2001; Eriksson & Pehrsson, 2002; Tommiska *et al.*, 2002; Jackson, Ternstedt, & Schollin, 2003; Pedrosa *et al.*, 2005; Lindberg, 2007; Arockiasamy, Holsti, & Albersheim, 2008). Singer e colaboradores (1999) afirmam que as mães de bebés pré-termo, em comparação com mães de bebés de termo, manifestavam níveis mais elevados de *stress* no desempenho do seu papel parental. Apesar disso, os mesmos autores referem que não existem diferenças na competência parental percebida por mães de bebés pré-termo de muito baixo-peso quando comparadas com mães de bebés de termo. Já Halpern e colaboradores (2001) afirmam que mães e pais de bebés pré-termo vivenciam maiores dificuldades no desempenho do seu papel parental.

Lau (2001), ao longo da sua investigação, observou que os pais e as mães de bebés pré-termo manifestam, durante a primeira semana de internamento na UCIN, níveis mais elevados de *stress* parental, quando comparados com pais e mães de bebés de termo, descrevendo como principais factores de *stress* as dificuldades no desempenho do papel parental, a aparência e comportamento dos bebés. Todos estes resultados dos diversos estudos indicam que a forma como pais e mães reagem à situação de prematuridade dos filhos

dependerá de características pessoais, mas também das suas próprias percepções acerca dos filhos e do contexto social e familiar envolvente. Deste modo, compreende-se a influência da prematuridade, das características de saúde dos bebés e dos riscos associados, quer na forma como as mães reagem ao acontecimento do nascimento pré-termo de um filho, quer nas estratégias que utilizam para confrontar este mesmo acontecimento. Por este motivo, é extremamente importante que estes pais se sintam apoiados pelos cônjuges, familiares e rede social (e.g., Robson, 1997; Linhares *et al.*, 2000; Barry & Singer, 2001; Eriksson & Pehrsson, 2002) a fim de aumentarem a confiança na sua capacidade para serem pai ou mãe.

Muitos autores referem também a importância do estado clínico do bebé e a sobrevivência deste no *stress* experimentado pelas figuras parentais (e.g., Singer *et al.*, 1999; Linhares *et al.*, 2000; Halpern *et al.*, 2001; Goldberg & Di Vitto, 2002; Allen *et al.*, 2004; Lira, 2006). Todos estes estudos e, respectivos resultados, vão de encontro à perspectiva de Abidin (1990, citado por Robson, 1997) de que o *stress* parental é multifactorial, estando associado não só a características da família e dos seus membros, como a características da própria situação vivenciada. Relativamente à relação do *stress* parental com as características sócio-demográficas dos pais, existem poucas referências na literatura. Em relação à idade, os estudos encontrados são contraditórios. Por um lado, Lau (2001) refere não existir uma relação entre a idade materna e o *stress* parental, por outro lado, Olafsen e colaboradores (2007) e Meyer e colaboradores (1995, citados por Lau, 2001) afirmam que mães de bebés pré-termo mais novas manifestam níveis mais elevados de *stress* parental, por terem menos recursos e estratégias para lidar com a situação e a uma menor capacidade para cuidar do bebé. No que diz respeito ao nível de escolaridade, tem-se verificado que nos primeiros dias após o parto pré-termo são as mães com menos anos de escolaridade que manifestam níveis mais elevados de *stress* parental, em comparação com as mães com mais habilitações literárias (Olafsen *et al.*, 2007). Quanto ao número de filhos, mães de bebés pré-termo com outros filhos demonstram maior *stress* e sentem-se menos confiantes e competentes (Olafsen *et al.*, 2007), em comparação com mães de bebés de termo, com e sem outros filhos. No que se refere à relação do *stress* parental com características do bebé pré-termo, existem indícios de uma relação negativa entre o *stress* parental experimentado por mães de bebés pré-termo e a idade gestacional (Lau, 2001; Carter, Mulder, Bartram, & Darlow, 2005), ou o peso à nascença (Robson, 1997), podendo deste modo pensar-se que a percepção parental acerca da vulnerabilidade do bebé, associada a uma baixa idade gestacional e/ou um baixo peso à nascença, contribuirá para uma vivência da situação de forma mais negativa e geradora de

stress (Singer *et al.*, 1999). Allen e colaboradores (2004) afirmam também que uma percepção negativa sobre a fragilidade do bebé parece constituir um risco para o bebé pré-termo desenvolver no futuro problemas de desenvolvimento e de comportamento, dada a desajustada interacção figura parental-criança. Fraga e colaboradores (2008) também refere que o facto da mãe apresentar sintomas de ansiedade e depressão, após o nascimento e durante o internamento do bebé, poderá influenciar o desenvolvimento adequado da criança.

1.3. TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE E SATISFAÇÃO CONJUGAL

De acordo com Sheras e Koch-Sheras (2006), a conjugalidade é percebida como um tipo específico de relacionamento entre pessoas existentes na sociedade, tradicionalmente associado ao casamento e incluindo, actualmente, a identificação de quaisquer duas pessoas com um relacionamento íntimo, amoroso, envolvendo compromisso.

A maioria dos homens e mulheres considera a conjugalidade a relação mais íntima que voluntariamente se estabelece (Ribeiro, 2002). Segundo Kiecolt-Glaser (2001, citado por Ribeiro, 2002), um casamento satisfeito surge como o melhor espaço para satisfazer as necessidades de afecto, companhia, lealdade e intimidade sexual e emocional.

Deparamo-nos, frequentemente, com relatos confusos sobre os conceitos de satisfação e qualidade conjugal, descritos na literatura. O conceito de qualidade refere-se ao desempenho da e na relação, enquanto a satisfação conjugal, como vimos, refere-se, sobretudo, a uma avaliação pessoal e subjectiva de cada parceiro relativamente à relação (Narciso, 2009).

Tendo em conta o que tem sido descrito em várias investigações, em casamentos satisfeitos, a proporção de comportamentos positivos é maior do que a dos negativos, estando a satisfação fortemente relacionada com outros aspectos da relação, especificamente, a distorção idealista, a resolução de conflitos, a comunicação, a intimidade emocional e a sexualidade (Caprara, Regalia, & Scabini, 2001, citados por Caprara & Steca, 2006).

Segundo Antunes (2008), a transição para a parentalidade constitui uma fase de crise que leva a grandes mudanças, tanto para o homem como para a mulher. Quando nasce um filho, tenha sido ou não planeado, uma nova família será constituída. O duo exclusivo que é o casal passa a trio. O homem e a mulher, até então, somente parceiros e filhos, têm de adaptar-se a novos papéis, rotinas e responsabilidades. Por isso, as várias classificações do ciclo de vida consideram que o nascimento do primeiro filho é o acontecimento-chave que propicia a transição para uma nova fase da família (Antunes, 2008).

Tal como refere Vessey e Knauth (2001), a adição de um recém-nascido à família é a etapa do ciclo da vida familiar que acarreta mais mudanças e desafios, tanto à família nuclear como à família mais extensa. Nesta fase novos papéis têm de ser aprendidos, novas relações são desenvolvidas e relações já existentes são reconstruídas.

Assim, a transição para a parentalidade é reconhecida como um período de enormes mudanças para o casal e para a relação marital (Cowan & Cowan, 1995; Osofsky, citado por Deave, Johnson, & Ingram, 2008). De acordo com Magagnin *et al.*, (2003), *nesta* fase o investimento de ambos os membros do casal centra-se no bebé, o que provoca uma alteração na dinâmica do relacionamento conjugal. Este investimento parental é direccionado para a recepção do bebé, procurando integrá-lo no seio familiar. Esta transição da conjugalidade para a parentalidade é o período do ciclo vital familiar em que o investimento orientado para a organização marido-mulher é transferido para a relação pais-filhos (Magagnin *et al.*, 2003).

É natural que a chegada de um bebé produza mudanças, não só na relação marital, de um modo geral, mas na qualidade e na satisfação dessa relação, cujos graus de mudança vão variando consoante a capacidade do casal para se adaptar a novos desafios (e.g. Cast, citado por Lawrence, Rothman, Cobb, Rothman, & Bradbury, 2008). De acordo com a literatura, existem duas perspectivas em relação ao tipo de mudança na relação. Uma delas considera o período de transição para a parentalidade como uma mudança no casamento, em que a maior parte dos casais espera experienciar mudanças qualitativas na sua relação, sendo estas relativamente abruptas, adversas, amplas e que tendem a persistir ao longo do tempo (Pancer, Pratt, Hunsberger, & Gallant, 2000). Outros autores entendem a transição para a parentalidade como uma etapa significativa, mas passageira no desenvolvimento de casamentos e famílias (e.g. Cowan & Cowan, 1995). Lawrence e colaboradores (2008) também referem que o período de transição para a parentalidade está associado a um declínio da satisfação marital. Ainda neste âmbito, Cowan e Cowan (1995) afirmam que a transição para a parentalidade constitui um período de stress e, por vezes, de mudanças difíceis para uma proporção significativa de novos pais.

Outro dos motivos de declínio na satisfação marital das mulheres, apontado por Dew e Wilcox em 2011, foi o facto de estas sentirem que passam menos tempo de lazer em casal com o respectivo companheiro, sem a presença dos filhos. Este estudo contribui, assim, para acrescentar o facto do tempo de lazer passado em casal desempenhar um papel importante na maior comunicação do casal, fomentar a intimidade emocional e a partilha de actividades importantes em casal. Este estudo permite verificar que as mães, frequentemente, percebem

que a maternidade as faz passar menos tempo com os maridos e que muitas delas não estão preparadas para a conseqüente diminuição da intimidade do casal. Desta forma, conclui-se que as mulheres que passam menos tempo de lazer com os maridos, após o nascimento do bebê, são aquelas que, mais provavelmente, sofrerão um declínio na sua satisfação marital. Perry-Jenkins e Claxton (2011) referem também que é importante o casal manter contacto social, como dar passeios e passar tempo livre com os respectivos amigos. Cowan e colaboradores (1985) acrescentam ainda que a problemática do declínio da satisfação marital não se prenderá, apenas, com o nascimento do bebê, mas sim com as divergências existentes de ideias, opiniões, percepções e satisfações do casal, que acabam por criar dificuldades na relação.

O nascimento do novo elemento da família é uma altura marcada por uma enorme ambivalência, na medida em que, se por um lado, o casal vivencia uma sensação de gratificação com o nascimento do novo bebê, por outro lado, também pode experienciar exaustão, falta de tempo para si próprio, assim como maior desentendimento em relação ao cuidar do bebê e à divisão do trabalho familiar (e.g. Cowan & Cowan, 1995; Twenge *et al.*, 2003). Geralmente, os membros do casal também se sentem mais vulneráveis devido à falta de sono, à mudança na relação íntima, e ao novo papel que têm de assumir – o papel de pais. Tendo em conta todas estas mudanças, é natural que qualquer tipo de desaprovação ou impaciência por parte do outro membro do casal cause maior angústia do que quando existia apenas uma díade. Cowan e colaboradores (1985) referem, ainda, que muitos casais se sentem sobrecarregados com a ideia de que o papel de pai é para sempre, tendo dificuldade em lidar com essa responsabilidade.

Guttman e Lazar (2004) fazem ainda referência ao facto do decréscimo súbito da satisfação marital ser atribuída ao facto de que o bebê recém-chegado tornar muitos dos padrões pessoais e diádicos ultrapassados, tanto de comportamento como de hábitos e de estratégias de resolução de problemas, pressionando, assim, os pais a aprenderem e adoptarem novos padrões rapidamente. Todas estas alterações afectam a interacção entre os pais, o seu funcionamento, os seus papéis e níveis de conflito, acabando por prejudicar a sua satisfação com o casamento (Guttman & Lazar, 2004). Ainda assim, Guttman e Lazar (2004), referem que o grupo de casais com filhos demonstrou estar mais satisfeito com o seu casamento em comparação com os casais sem filhos.

Em suma, o nascimento de um filho tende a afectar a relação marital. De acordo com a literatura, a maioria dos efeitos no casamento são negativos e afectam mais a mulher do que o

homem. Por tudo isto, o nascimento de um filho exige um equilíbrio entre o emprego, a vida social, a vida de casa e a vida de casal, que terá de ser resolvido de diferentes maneiras consoante as diferentes dinâmicas relacionais dos casais (Worthington & Buston, 1986).

1.4. O TEMPERAMENTO, O CHORO E A ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ

Até ao século XX o bebé era visto como um ser muito passivo, centrado essencialmente no acto de mamar, recebendo tudo do meio envolvente e respondendo através de reflexos inatos (Brazelton & Nugent, 1995/2011; Golse, 2006/2007). Por este motivo era chamado de “lactente”, focando-se meramente na alimentação. Apenas na segunda metade do século XX, a criança lactente passou a ser considerada um “bebé” e passaram a ser consideradas as suas competências precoces, sendo então, percebido como um ser activo, interactivo e capaz de interagir na relação com o adulto (Golse, 2006/2007).

Brazelton e Cramer (2004) referem que os recém-nascidos se encontram magnificamente programados para se adaptarem às fantasias dos pais e para recompensarem o trabalho da gravidez. Desde o início da concepção estes são participantes activos na tarefa de modelagem das reacções dos pais à sua existência. Neste sentido, também Trevarthen (2001) concluiu que o bebé é um ser com uma orientação social imediata, que está predisposto a interagir com os seus cuidadores e que tem capacidades para requisitar a prestação dos cuidados necessários à sua adaptação. Assim, tem-se revelado um ser com diversas aptidões, principalmente aptidões interactivas, demonstrando ter um papel activo na formação do seu próprio desenvolvimento (Brazelton & Nugent, 1995/2011). No entanto, é extremamente importante que, simultaneamente, o cuidador deva utilizar um certo número de competências relacionais, para que possa aceder ao seu papel de progenitor e, posteriormente, aceder à parentalidade, através do processo de parentificação (Golse, 2006/2007).

Por tudo isto, o temperamento dos bebés tem sido objecto de estudo de muitas investigações e, apesar de não existir uma definição universalmente aceite, pode concluir-se que o conceito de temperamento assenta nas diferenças existentes entre os indivíduos, nas disposições ou tendências comportamentais, determinadas biologicamente e que se mantêm relativamente estáveis ao longo da vida (Bates, 1987 Goldsmith, *et al.*, 1987), incluindo características como o nível de energia, respostas emocionais, tempo de resposta e desejo de explorar (VandenBos, 2007). Já Bates (1980) definiu o conceito de temperamento como uma percepção social, constituída por componentes objectivos e subjectivos. Posteriormente, Bates

e Bayles (1984) acrescentaram que há uma interinfluência do estilo comportamental da criança e das características psicológicas dos pais. Por outro lado, Rothbart (1981) refere que o conceito de temperamento fornece uma abordagem integrativa ao estudo do desenvolvimento das diferenças individuais e pode conduzir ao estudo da relação entre as características precoces do bebé e o seu desenvolvimento cognitivo e social. Neste sentido, Goldsmith e colaboradores (1987), a partir do seu estudo, definem três grupos de crianças de acordo com o seu temperamento: as “*difíceis*”, as “*fáceis*” e as “*lentas no envolvimento*”. Mais tarde, Mebert (1991) veio afirmar a existência de um quarto componente relativo às “*expectativas parentais*”, no sentido em que os pais formam expectativas estáveis de como os bebés serão ainda antes de estes terem nascido. Portanto, tal como é perceptível, algumas dimensões do comportamento neonatal e do temperamento do bebé estão associadas à qualidade da interacção mãe-bebé que se estabelece (Van den Bloom & Hoeksma, 1994). De acordo com Goldsmith e colaboradores (1987), o “*temperamento difícil*” é o que inclui uma baixa ritmicidade, elevado afastamento, adaptação lenta, elevada ocorrência de humor negativo e reacções intensas, relacionando-se com a tendência que a criança tem para chorar. Contrariamente, o “*temperamento fácil*”, segundo os mesmos autores, inclui ciclos regulares para comer e dormir, respostas positivas perante novas situações e tolerância à frustração. Por fim, as crianças que possuem um “*lento envolvimento*” caracterizam-se por ter poucas respostas negativas quando expostas a novas situações (Thomas & Chess, 1968, citados por Rothbart & Gartstein, 2009). Alguns estudos (Milliones, 1978; Osofsky, 1986, citados por Figueiredo, 2001) referem que as mães dos bebés recém-nascidos com maiores níveis de irritabilidade apresentam uma menor disponibilidade para interagir e proporcionam uma menor estimulação interactiva. Pelo contrário, as mães de bebés que possuem um “*temperamento fácil*”, interagem de forma mais positiva. Van den Bloom e Hoeksma (1994) afirmam que os bebés de temperamento difícil (irritáveis) diferem dos bebés de “*temperamento fácil*” (não irritáveis), relativamente à quantidade de expressões emocionais positivas e negativas, assim como, no interesse pelo meio. Estes mesmos autores descrevem, também, uma associação significativa entre o temperamento do bebé e a conduta interactiva da mãe. Neste sentido, as mães dos bebés com “*temperamento difícil*” apresentam-se mais negativas, proporcionam menor contacto visual e menor envolvimento afectivo, assim como, uma estimulação menos adequada e uma menor resposta aos sinais positivos do bebé, em comparação com as mães dos bebés com “*temperamento fácil*” (Van den Bloom e Hoeksma, 1994). Os autores referidos anteriormente referem, ainda, que ao se observar a interacção

mãe-bebé podemos facilmente perceber que as características temperamentais, relativas ao tipo/quantidade de gritos e choro e a variabilidade dos estados de vigília influenciam a interacção diádica, pelo que se conclui que a comunicação que o bebé tem com os outros é influenciada pelo seu temperamento. Este foi um aspecto estudado por Richard (1990, citado por Pereira, Matos, & Pires, 2003) ao verificar que algumas características do temperamento favorecem a homeostase no seio da díade, enquanto outras induzem uma patologia interaccional.

Jenkins, Simpson, Dunn, Rasbash e O'Connor (2005) relacionam o temperamento do bebé com a satisfação marital, dizendo que bebés considerados “difíceis” podem ter um efeito adverso no conflito marital. O estudo de Mehall, Spinrad, Eisenberg e Gaertner (2009), veio também reforçar esta ideia, tendo concluído que as mães que percebem o temperamento dos seus bebés como mais “fácil” sentem-se mais satisfeitas com a sua relação marital. Para estes autores, tal pode ser justificado pelo facto do temperamento do bebé contribuir para o tom emocional dos pais fazendo com que, face a um bebé considerado de “difícil”, estes percebam mais negativamente outros aspectos da vida familiar como, por exemplo, a satisfação com a relação marital.

Actualmente, sabe-se que um dos comportamentos específicos do temperamento do bebé que fomenta o declínio da satisfação marital é o seu choro (Meijer & Wittenboer, 2007). Através do seu estudo, estes autores demonstram que existe um aumento da insónia no casal, no período de transição para a parentalidade, visto que o choro do bebé interrompe o seu sono. O choro e o sono do bebé, em conjunto com a insónia parental, influenciam a relação e a satisfação marital do casal, afectando os estados de humor e a capacidade cognitiva (Medina, Lederhos, & Lillis, 2009). Segundo Thompson, Olson e Dessureau (1996), os adultos sentem o choro dos bebés como algo perturbador, distractivo e/ou irritante, mesmo quando comparado com outros sons desagradáveis. Por outro lado, o bebé, ao chorar e ao estar agitado, revela um sinal social que serve como uma forma de comunicação (Thoman, Acebo, & Becker, 1983), destacando-se, assim, o seu protagonismo na relação entre pais e bebé. Ao ouvir o seu choro, os pais percebem que há um motivo para o bebé estar a chorar e procuram identificá-lo, procurando provas sobre que mal-estar o bebé se manifestará. Por este motivo, o choro é considerado um “evento diádico” (Lester & LaGasse, 2009, p. 89), no qual o papel do cuidador é duplo: interpretar o choro do bebé e agir em conformidade com essa interpretação. Vários estudos (Hunziker & Barr, 1986; Lewis & Ramsay, 1999; Axia & Weisner, 2002) referem a ligação existente entre o cuidado materno e o choro do bebé, em que

a atitude da mãe tem impacto direto sobre o comportamento infantil, estando a frequência e a duração do choro do bebé relacionadas com o comportamento materno. Neste sentido, a forma de responder ao choro do bebé é um dos primeiros desafios enfrentados pelas mães (Donovan, Leawitt, & Walsh, 1997). Bonichini, Axia, St. James-Roberts e DeCian (2008), através do seu estudo, acrescentam que o choro do bebé varia de acordo com os períodos do dia, sendo que os bebés choram mais no período de fim da tarde e ao início da noite. Brazelton (1962, citado por Bonichini, Axia, St. James-Roberts, & DeCian, 2008) afirma que o padrão de choro dos bebés é caracterizado por um aumento global do choro nas primeiras semanas de idade, seguindo-se uma diminuição deste padrão após três a quatro meses, findos os quais se mantém relativamente estável.

Hofacker e Papoušek (1998), no seu estudo concluem que o grupo de bebés com maior percentagem de problemas de choro é o de bebés até aos seis meses sendo que, a partir daí, os problemas de choro tendem a diminuir. Através destes dados, conclui-se que o período em que os bebés mais choram coincide com o período de transição para a parentalidade. De acordo com uma vasta gama de estudos, o padrão de choro varia de acordo com os períodos do dia, contudo, é mais comum ao fim da tarde e início da noite (Barr, 1990b; Lehtonen, Gormally, & Barr, 2000, citados por Bonichini *et al.*, 2008). Tem-se verificado, ao longo do tempo, a existência de uma grande variabilidade individual no choro (St. James-Roberts & Plewis, 1996; St. James-Roberts, Conroy, & Wilsher, 1998), isto é, alguns bebés choram muito e necessitam de um período mais longo para serem acalmados, enquanto outros não choram tanto ou é mais fácil acalmá-los.

À semelhança dos problemas de choro, os problemas relacionados com a alimentação tendem a diminuir com o avançar dos meses (Hofacker & Papoušek, 1998). Winnicott (1957/1966) atribui, também, importância à alimentação do bebé, dizendo ser uma questão de relação mãe-filho, um acto de pôr em prática a relação de amor entre dois seres humanos. De acordo com o mesmo e, tratando-se de uma mãe saudável, a alimentação do seu filho ocorre quando o bebé quer e termina quando o bebé o desejar, havendo uma interacção e conhecimento entre mãe e filho.

1.5. O INVESTIMENTO PARENTAL

De acordo com Keller (2000), uma das primeiras tarefas de desenvolvimento das crianças consiste no estabelecimento de laços afectivos com uma figura cuidadora. A criança é

um participante activo neste processo de construção de uma relação com o adulto, no entanto, a criança está dependente dos comportamentos da sua figura cuidadora, nomeadamente, de aspectos como a sensibilidade e a responsividade (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) que desempenham um papel organizador no sistema de prestação de cuidados. A sensibilidade e a responsividade são, assim, complementares, articulando-se no estabelecimento desta relação entre dois seres, um adulto prestador de cuidados e uma criança que os recebe, normalmente unidos por filiação (Gameiro, Martinho, Canavarro, & Moura-Ramos, 2008).

Neste âmbito, as perspectivas evolucionistas têm salientado o papel que os pais assumem no desenvolvimento psicossocial dos seus filhos, definindo os cuidados parentais como um investimento que estes realizam de forma individual e diferenciada em cada um dos seus filhos (Clutton-Brock, 1991).

O investimento parental é considerado por Trivers (1974; citado in Barrett, Dunbar, & Lycett, 2002) como aquele que o sujeito faz em cada descendente, aumentando as suas hipóteses de sobrevivência à custa da capacidade de investir noutros descendentes, actuais ou futuros. No entanto, numa perspectiva sociobiológica, o investimento parental na criança traduz-se na forma como os pais canalizam os seus recursos para os seus filhos, de forma não apenas a garantir o seu sucesso reprodutivo mas também o acesso a recursos que lhes permitam desempenhar as suas próprias funções de pais (Greenberg, & Goldberg, 1989). Já na perspectiva da psicologia do desenvolvimento, de acordo com os mesmos autores, este investimento refere-se ao grau em que o adulto se empenha na sua tarefa de pai/mãe, no sentido de proporcionar o melhor desenvolvimento à criança.

Assim sendo, a ênfase está na figura cuidadora, sendo concordante com a noção dos modelos internos dinâmicos parentais (Bretherton, Biringier, Ridgeway, Maslin, & Sherman, 1989) que constituem um sistema de representações através do qual a figura cuidadora organiza os seus sentimentos e expectativas acerca de si e dos outros, no contexto de relações íntimas. São estes modelos internos dinâmicos parentais que influenciam a adaptação do adulto ao papel parental (Steele, Steele, & Model, 1991; citado por Gameiro *et al.*, 2008) e guiam as suas atitudes e comportamentos de prestação de cuidados desde que a mãe decide ter um filho e ao longo dos ciclos de vida por ambos partilhados (Goldberg, 1983).

Segundo Bradley, Whiteside-Mansell, & Brisby (1997), actualmente fala-se de investimento socioemocional contrapondo-o com o termo vinculação, que se centra na criança e na sua necessidade de se sentir segura. Os comportamentos do adulto geralmente baseiam-se

num desejo de proteger e na tendência para afiliar, relacionados com um sentido de identidade e realização parental (Bradley, Whiteside-Mansell, & Brisby, 1997).

O investimento socioemocional na criança expressa-se na quantidade de alegria e prazer que o pai/mãe tem quando está com o filho, no desejo em estar com ele, nas expressões de afecto que lhe fazem, na sensibilidade e responsividade às suas necessidades, no grau de preocupação com o seu bem-estar, na aceitação do papel parental e nas escolhas consistentes por parte dos pais em actuar no melhor interesse da criança (Bradley *et al.*, 1997).

Várias investigações desenvolvidas neste contexto têm revelado que os pais que investem mais nos filhos lhes oferecem cuidados mais sensíveis, aumentando a probabilidade de estes desenvolverem uma vinculação segura, o que irá aumentar a probabilidade de no futuro estabelecerem relações positivas com os pais, pares e com os outros significativos; mais especificamente, com os seus próprios descendentes (Gameiro *et al.*, 2008).

No entanto, outros estudos demonstram que, sob condições de stress ou quando os recursos são escassos, os pais tendem a fazer um investimento mais reduzido nos seus filhos, levando-os a crescer num ambiente de maior privação emocional onde a probabilidade de se desenvolverem relações de vinculação inseguras é maior (Belsky, 1997).

1.6. AS MÃES DE BEBÉS PRÉ-TERMO

A tarefa de desenvolvimento da mulher que culmina no tornar-se mãe e relacionar-se com o seu bebé acarreta mudanças significativas na sua vida. Esta transição tem início na gestação e prolonga-se até os primeiros anos de vida da criança. Diversos autores têm referido que os primeiros encontros entre a mãe e o recém-nascido determinam a natureza das suas relações posteriores, sendo estabelecidos, nesta fase, os padrões individuais de interacção, os quais, geralmente, se tornam relativamente duradouros (Klaus, Kennell, & Klaus, 2000; Spitz, 2000; Winnicott, 2000; Brazelton, & Cramer, 2004;). Enquanto recém-nascido, o bebé encontra-se numa situação de dependência absoluta, pelo que necessita que a sua mãe (ou outro cuidador que consiga representar este papel) seja capaz de compreendê-lo, antecipar as suas necessidades e apoiá-lo na sua integração (Winnicott, 2000). Segundo Winnicott (2000), a dependência é total após o nascimento, no entanto, à medida que a mãe consegue apoiar o bebé no seu desenvolvimento emocional, esta tende a diminuir no decorrer da vida. De acordo com este autor, a partir dos últimos meses de gestação, a mãe deverá desenvolver a Preocupação Maternal Primária. Assim, a mãe e o bebé recém-nascido estabelecem uma

relação recíproca e complementar, levando-nos a pensar que a mãe não existe sem o bebé e o bebé não existe sem a mãe (Winnicott, 2000).

Actualmente sabe-se que a separação do bebé da sua mãe logo após o parto possui um significado maior do que o que se pensava no passado. A sensação de perda da mulher depois do parto ocorre por consequência do período realmente gratificante que se prolonga enquanto a mãe carrega o bebé dentro de si, e esta separação pode ter implicações bastante negativas, pois este é um período sensível para a vinculação (Lebovici, 1987; Barrat, Roach, & Leavitt, 1992).

Os vários estudos nesta área têm demonstrado que a formação do vínculo mãe-bebé se inicia antes da gravidez. Começando com o planeamento da gestação, em seguida a vivência da gestação (que consiste na confirmação da gravidez e na sua aceitação), e após o início da percepção dos movimentos fetais, começasse a aceitar o feto como um ser autónomo. A continuidade deste processo ocorre no parto, no nascimento e no pós-nascimento, quando olhar, tocar, cuidar e aceitar o bebé surgem como elementos indispensáveis à construção da nova identidade de um indivíduo independente.

Quando ocorre um nascimento pré-termo, a impossibilidade de a gravidez se prolongar até ao final do terceiro trimestre de gravidez (altura em que estaria preparada para o nascimento do bebé) acaba por provocar uma situação difícil para estas mulheres, que têm de enfrentar uma gestação interrompida e confrontar-se com um bebé frágil (Lebovici, 1987). O parto prematuro, de acordo com Lebovici (1987), agrava a dor decorrente da separação mãe-feto que ocorre com todas as mães no parto.

São várias as investigações que têm revelado que as mães de recém-nascidos pré-termo precisam de se adaptar a um bebé que não possui as suas expectativas de bebé ideal e cujo nascimento pode precipitar uma situação de crise (Chatwin, & Macarthur, 1993).

Tal como referem Klaus e Kennell (1992), o principal motivo dessa crise é o facto de a mãe se deparar com um bebé muito diferente daquele que ela imaginava. Estes autores, no seu estudo, deram maior ênfase ao facto de, inicialmente, haver um não reconhecimento devido a esta diferença entre o bebé idealizado e o bebé real. Nesta fase, a mãe pode demonstrar uma reacção de luto pelo filho idealizado que não teve, necessitando de tempo e apoio para que possa aceitar o seu filho real (Brazelton, 1988; Klaus, & Kennell, 1992; Stern, 1997).

Segundo Lebovici (1987), perante este parto pré-termo, a mãe pode desenvolver fantasias de que o seu interior é perigoso e hostil para o bebé que ali se encontra. No entanto, de acordo com o autor referido, pode acontecer o inverso, em mães com funcionamento mais

projectivo, que passam a considerar o bebé como responsável pela sua infelicidade. Assim sendo, as mães sentem-se excluídas do que poderia ser uma experiência gratificante, e esta passagem brusca acaba por prejudicar os primeiros contactos mãe-bebé (Lebovici, 1987).

Tendo em conta todos estes factores, verifica-se que as angústias esperadas nas mães de um bebé pré-termo para esta fase são mais acentuadas e o desafio imposto é ainda maior, pois para além do facto de terem que lidar com o luto pelo filho imaginário, ainda necessitam trabalhar a sua culpabilidade pelo nascimento prematuro do filho, pelo seu risco de morte e pela separação precoce (Wirth, 2000). Várias investigações desenvolvidas nesta área que têm acompanhado díades de mães e bebés pré-termo têm destacado as dificuldades destas mães no estabelecimento do vínculo inicial, uma vez que o nascimento de um bebé pré-termo é um choque afectivo que pode ser vivido de forma dolorosa e traumatizante (Lebovici, 1987; Brazelton, 1988; Wirth, 2000; Mendelsohn, 2005). Evans e colaboradores (2012), também referem que as mães de bebés prematuros possuem um risco maior de ter dificuldades na vinculação, pelo que ter um bebé pré-termo pode ter um impacto negativo na vinculação materna, responsividade materna e sintomas psicopatológicos maternos, o que se pode repercutir em efeitos a curto ou a longo prazo para a criança e/ou para a mãe, bem como na relação entre ambos.

Mendelsohn (2005) afirma que nesta situação a capacidade materna de pensar poderá ficar muito prejudicada, o que se pode repercutir num maior stress para o bebé, cuja saúde já está comprometida. Assim, neste contexto, conclui-se que, o trauma atinge tanto a mãe quanto o bebé. A autora referida anteriormente refere também que é muito difícil para a mãe dar sentido, não só ao comportamento do bebé que se encontra dentro da incubadora, mas a todas as expectativas relativamente à maternidade, muitas da própria mãe, outras do pai e também de outras pessoas significativas. Desta forma o sentimento de derrota e culpa da mãe pode impedi-la de pensar e prestar atenção ao seu bebé. Algumas destas mães podem mesmo desenvolver sintomas semelhantes àqueles encontrados no Transtorno de Stress Pós-Traumático, tais como: evitar lembranças traumáticas e hipervigilância. Estas mães podem evitar qualquer tipo de lembrança do seu bebé, mantendo-se longe dele e da UCIN. Por este motivo, muitas mães, quando visitam os seus bebés, podem parecer distantes ou vagas e, ficar longos períodos sentadas ao lado da incubadora, não conseguindo demonstrar nenhum tipo de emoção. Por outro lado, existem também outras mães que permanecem vigilantes ao lado do bebé, alerta e com sentimentos difusos, principalmente em relação à morte do filho (Mendelsohn, 2005). Esta mesma autora concluiu que as mães traumatizadas, nos dois casos,

têm muita dificuldade em compreender a individualidade do seu bebé, o seu comportamento e as suas necessidades. Apesar de todas estas possíveis reacções a autora considera que, nem todas as mães sofrerão de maneira traumática o nascimento do seu bebé antes do termo, realçando que a reacção das mães vai variar bastante e dependerá dos diferentes aspectos que constituem o seu mundo interno e externo.

Taubman-Ben-Ari, Findler, e Kuint (2010), através do seu estudo de comparação entre mães de crianças prematuras e de termo, demonstram que estas não apresentam diferenças significativas quanto ao padrão de evitamento e de ansiedade, no entanto, as prematuras tendem a apresentar um crescimento pessoal mais elevado do que as de termo. Entretanto, outros investigadores referem que as mães de bebés prematuros tendem a ter representações de vinculações equilibradas (também ao nível da comunicação maternal e do envolvimento afectivo), tal como as mães de bebés de termo, o que conduz a um padrão de vinculação tendencialmente seguro tanto nas mães de crianças prematuras como nas mães de crianças de termo (Korja *et al.*, 2009; Korja *et al.*, 2010).

Um estudo realizado por Niven, Wiszniewski e Alroomi (1993) sobre os sentimentos e a capacidade de ligação de trinta mães de bebés nascidos pré-termo internados na UCIN até aos cinco meses de vida, demonstra que, a maioria das dificuldades maternas para desenvolver a ligação afectiva com o bebé ocorre durante o internamento, especialmente no período pós-natal. Estas mães mencionam vários factores que dificultam o estabelecimento da ligação, dos quais se destacam: choque, medo a respeito da sobrevivência do bebé, sentimentos de culpa e de perda, assim como ideação de que o bebé não pertence realmente à mãe em causa. Na esmagadora maioria dos casos deste estudo, as dificuldades envolvendo a ligação com o bebé, aparentemente, desaparecem com a ida do filho para casa.

De acordo com Kennell e Klaus (1992), durante o período de internamento do bebé, os pais tendem a lutar e desenvolver novos recursos. No entanto, segundo Mazet e Stoleru (1990), a prematuridade de uma criança não constitui em si uma condição prejudicial para o estabelecimento do vínculo.

Alguns dos factores destacados pela literatura que dificultam o vínculo são: a imaturidade e precariedade do estado de saúde do bebé, a distância imposta pelo internamento e o facto de este bebé ser muito diferente do idealizado pela mãe durante a gestação. De acordo com Rabaouam e Morales-Huet (2003), a percepção materna é a principal influência nos cuidados que a mãe dispensará ao filho, formando, a partir daí, uma interacção dual, na qual um tem influência sobre o outro.

De acordo com Goldberg (1988), os efeitos do nascimento pré-termo (e os seus riscos biomédicos associados), são os grandes factores de risco para uma vinculação insegura, e podem ser moldados por factores maternos, tais como as representações maternas das relações de vinculação passadas e actuais. Este autor considera que os factores maternos podem exercer uma maior influência na determinação da vinculação do bebé do que os factores de risco de saúde do bebé. Van Ijzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, e Frenkel (1992) através de uma meta-análise das contribuições da mãe e do bebé para a vinculação do bebé, em amostras clínicas, demonstram que, nestas amostras, a mãe desempenha um papel mais importante do que o bebé no desenvolvimento da relação de vinculação do bebé. Apesar de todas estas dificuldades um cuidador sensível, que tenha uma história positiva de vinculação e que possua uma visão equilibrada da sua relação de vinculação com o seu bebé pode ser capaz de superar os desafios impostos pelas necessidades especiais de um bebé pré-termo. As mães que têm estas características podem mesmo promover uma vinculação segura ao seu bebé.

Cox, Hopkins e Hans (2000) demonstram, através do seu estudo, a grande importância das representações maternas da vinculação como antecedentes influentes da vinculação do bebé, numa amostra de bebés pré-termo. Este estudo sugere que o nível de risco neo-natal destes bebés, bem como as representações maternas do bebé contribuem para a variabilidade nas distribuições da vinculação do bebé numa amostra de recém-nascidos pré-termo. Assim podemos concluir, que a perspectiva de vinculação dos pais revela-se de facto um importante contributo para o desenvolvimento da vinculação nestes bebés.

1.7. A IMPORTÂNCIA DA REDE SOCIAL PARA AS MÃES DE BEBÉS PRÉ-TERMO

Vários estudos ao longo dos tempos têm vindo a demonstrar que o suporte social influencia, de forma directa e indirecta, vários aspectos do funcionamento parental e familiar, incluindo a sua adaptação ao stress, favorecendo o bem-estar emocional. Estes sugerem a existência de uma interacção entre os stressores e o suporte social, de tal modo que a acção deste funciona como factor protector da influência perturbadora dos stressores no bem-estar parental (McCubbin *et al.*, 1980; Belle, 1982; Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson, & Basham, 1983; Dunst, Trivette & Cross, 1988; Olson *et al.*, 1989, citados por Albuquerque, 2000). Dunst, Trivette e Jodry (1997) numa revisão de estudos sustentam que o suporte social e a existência de recursos de apoio influenciam a saúde e o bem-estar, os quais têm implicações no funcionamento familiar; por sua vez, o suporte, a saúde/bem-estar e o funcionamento

familiar influenciam os estilos parentais e o tipo de cuidados com os filhos; e as anteriores, de uma forma independente ou combinada têm impacto no comportamento e desenvolvimento da criança. De acordo com Frank & Spencer (2003), o nascimento de um bebé pré-termo é uma experiência traumática e desgastante, principalmente, para as mães, o que as torna menos responsivas, sensíveis e motivadas para este seu novo papel, pelo que é extremamente importante o apoio da rede social à família de forma a estimular os pais, aparentemente menos competentes, a formar vínculo com os seus bebés e a aproximarem-se deles, indo frequentemente à Unidade Neonatal. Neste sentido também os autores Dunst, Trivette e Jodry (1997) referem que os estudos evidenciam a importância do suporte intrafamiliar e do suporte proporcionado pelos membros da rede social, os quais parecem ter um papel importante como modelos e fontes de informação sobre questões relacionadas com a parentalidade, nomeadamente, uma maior responsividade materna para com o comportamento da criança.

De acordo com Rapoport (2003), as pessoas que têm boas redes de apoio social e afectivo são mais competentes para oferecer apoio e estabelecer relações próximas e significativas, fazendo parte da rede de outras pessoas e tendem a ter uma maior capacidade para enfrentar eventos da vida.

Neste âmbito, Maldonado (1989), afirma que o internamento de um bebé numa Unidade Neonatal configura uma situação de crise com eco em todo o grupo familiar, podendo comprometer o estabelecimento dos vínculos afectivos. Já Linhares (2003), diz-nos que o nascimento de um bebé pré-termo causa na mãe efeitos emocionais desgastantes que podem comprometer a prestação dos cuidados básicos e afectivos ao bebé. Por este motivo, torna-se de extrema importância que a atenção não seja direccionada apenas aos cuidados dedicados ao bebé, mas também ao apoio e protecção à mãe. Assim, Rapoport e Piccinini (2002) afirmam que as mães com uma rede social mais sólida e que, por sua vez, podem ter as suas necessidades emocionais satisfeitas, tendem a solicitar mais apoio, bem como a manter uma interacção mais sensível com o seu bebé. Gomes, Quayle, Neder, Leone e Zugaib (1997) destacam a importância do acolhimento da dor e sofrimento intensos destas mães e a necessidade de estas serem reforçadas no seu novo papel enquanto mães.

O apoio emocional aos pais do bebé pré-termo oferecido, geralmente, pelos familiares íntimos e amigos próximos é extremamente importante, embora, a ajuda material, tais como o auxílio prestado pelos vizinhos em relação aos cuidados com os outros filhos e com as tarefas domésticas, também seja muito importante. Stern (1997) falou-nos deste apoio, ao qual ele chamou de “rede materna” essencial às mães, pois tem a função de protegê-la e afastá-la da

realidade externa para que esta possa ocupar-se do seu bebé. Outra das funções deste papel da rede é o de instruir a mãe e ajudá-la nas suas tarefas neste período. São estas condições que ajudam a mulher a atingir bons resultados nas tarefas de manter o bebé vivo, crescendo e desenvolvendo-se fisicamente e, ao mesmo tempo, envolver-se emocionalmente com o seu bebé, identificando-se com ele e sendo sensível e responsiva às suas necessidades (Stern, 1997).

2. OBJECTIVO E HIPÓTESES

Neste capítulo, é apresentado o objectivo desta investigação e as hipóteses colocadas em função do mesmo.

2.1. OBJECTIVO GERAL

Pretende-se estudar a influência do funcionamento psicológico das mães de bebés pré-termo sobre a percepção que estas têm do comportamento dos seus bebés. Os aspectos do funcionamento psicológico destas mães que possivelmente têm uma influência mais significativa sobre as suas percepções são: o stress, a ansiedade e a depressão.

2.2. HIPÓTESE GERAL

O stress, a ansiedade e a depressão das mães de bebés pré-termo dão contributos significativos para a explicação da variância estatística da percepção que estas mães têm do comportamento dos seus bebés.

2.3. HIPÓTESES ESPECÍFICAS

Hipótese específica 1:

Estima-se que as variáveis independentes stress, ansiedade e depressão das mães pré-termo contribuam significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do padrão de choro (doze dimensões independentes) e do comportamento alimentar (desfrute da comida, resposta à comida, lentidão ao comer, resposta de saciedade).

Hipótese específica 2:

Estima-se que as variáveis independentes do domínio da satisfação conjugal (Intimidade Emocional; Sexualidade; Comunicação/Conflito; Funções Familiares; Rede Social; Autonomia e Tempos Livres) das mães pré-termo contribuam significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do padrão de choro (doze dimensões independentes) e do

comportamento alimentar (desfrute da comida, resposta à comida, lentidão ao comer, resposta de saciedade).

Hipótese específica 3:

Estima-se que as variáveis independentes do domínio da percepção do apoio social (satisfação com amigos/amizades; intimidade; satisfação com a família; actividades sociais) das mães pré-termo contribuam significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do padrão de choro (doze dimensões independentes) e do comportamento alimentar (desfrute da comida, resposta à comida, lentidão ao comer, resposta de saciedade).

Hipótese específica 4:

Estima-se que as variáveis independentes relativas aos acontecimentos obstétricos (gravidezes anteriores, gravidez desejada, gravidez planeada, preferência pelo sexo do bebé, complicações durante a gravidez para a mãe, complicações durante a gravidez para o bebé, desenvolvimento da gravidez, tipo de parto, complicações durante o parto para a mãe e para o bebé, complicações após o parto para a mãe) contribuam significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do padrão de choro (doze dimensões independentes) e do comportamento alimentar (desfrute da comida, resposta à comida, lentidão ao comer, resposta de saciedade).

Hipótese específica 5:

Estima-se que as variáveis independentes do domínio das características do bebé pré-termo (tempo gestacional, sexo, idade cronológica, peso à nascença, e complicações actuais) contribuam significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do padrão de choro (doze dimensões independentes) e do comportamento alimentar (desfrute da comida, resposta à comida, lentidão ao comer, resposta de saciedade).

3. MÉTODO

3.1. DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Variável dependente: Percepção das mães acerca dos comportamentos do bebé pré-termo (temperamento do bebé, o comportamento alimentar e o choro do bebé).

Variáveis independentes: Stress, ansiedade, depressão, satisfação conjugal, percepção de apoio social, variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, profissão, etnia, número de filhos, variáveis familiares, etc.), variáveis relativas à gravidez (gravidezes anteriores, gravidez desejada, gravidez planeada, preferência pelo sexo do bebé, complicações durante a gravidez para a mãe, complicações durante a gravidez para o bebé, desenvolvimento da gravidez) e ao parto (tipo de parto, complicações durante o parto para a mãe e para o bebé, complicações após o parto para a mãe), características do bebé pré-termo (tempo gestacional, sexo, idade cronológica, peso à nascença, e complicações actuais).

3.2. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

De forma a operacionalizar as variáveis independentes a controlar, foi administrado um Questionário sociodemográfico e clínico. Este questionário foi construído com o intuito de recolher informação mais específica sobre as participantes, tendo sido dividido em sete partes distintas: 1) dados pessoais da participante (idade, escolaridade, profissão, estatuto socioeconómico, estatuto conjugal, etc.), 2) composição do agregado familiar nuclear, 3) dados do bebé, 4) dados da gravidez, 5) dados do parto, 6) informação acerca da forma como a mãe lida com a prematuridade e da interacção com o Bebé, e 7) percepção dos apoios recebidos (Anexo VIII).

3.2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

De forma a operacionalizar as variáveis independentes “stress, ansiedade e depressão”, foi utilizada a adaptação Portuguesa da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21),

de nome original *Depression, Anxiety & Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995), efectuada por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal em 2004. Existem duas versões desta escala que se propõem medir os mesmos construtos, a versão mais alargada de 42 ítems e a mais reduzida de 21 ítems. No presente estudo foi utilizada esta versão reduzida, por ser menos exhaustiva, o que a torna também mais fácil de aplicar no contexto desta investigação. Os 21 ítems que a constituem estão distribuídos em número igual para as 3 dimensões (depressão, ansiedade e stress), formando assim 3 subescalas. Portanto, estas três subescalas são constituídas por sete ítems cada uma, no total de 21 ítems. Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos, nos quais os sujeitos respondem em que medida experimentaram cada sintoma na última semana assinalando numa escala de Likert de quatro pontos de gravidade ou frequência. Esta escala é direccionada apenas a indivíduos com mais de 17 anos.

Os resultados de cada escala são atingidos pela soma dos resultados dos sete ítems. A escala fornece três resultados distintos, um por subescala, em que o mínimo é 0 e o máximo 21. O resultado mais elevado em cada escala corresponde a estados afectivos mais negativos. Os resultados do Alfa de Cronbach encontrados para a EADS foram respectivamente de 0,85 para a escala da depressão, de 0,74 para a de ansiedade e de 0,81 para a de stress (Anexo X).

3.2.3. Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Com o intuito de operacionalizar o domínio das variáveis independentes da “Satisfação Conjugal”, foi escolhida a Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), criada por Narciso & Costa (1996). Tem por objectivo avaliar o nível de satisfação de indivíduos casados, ou em união de facto, em áreas específicas da sua vida conjugal. É de aplicação individual e deve ser respondida por um dos elementos do casal.

A escala contempla 44 ítems, inicialmente distribuídos por dez áreas da vida conjugal. Cinco destas áreas são referentes à dimensão *funcionamento conjugal* (1 – Funções Familiares, 2 - Tempos Livres, 3 - Autonomia, 4 - Relações Extra-Familiares e 5 - Comunicação e Conflito) e as outras cinco são relativas à dimensão *amor* (1 - Sentimentos e Expressão de Sentimentos, 2 - Sexualidade, 3 - Intimidade Emocional, 4 - Continuidade da Relação e 5 - Características Físicas e Psicológicas). No entanto, de acordo com a revisão psicométrica efectuada em 2010, passaram a existir sete subescalas: Intimidade Emocional; Sexualidade; Comunicação/Conflito; Funções Familiares; Rede Social; Autonomia e Tempos Livres.

A escala de Satisfação Conjugal Global, composta pelos 44 ítems, apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .97$). Relativamente às subescalas, a consistência interna é, no geral, também elevada: Intimidade Emocional (ítems 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 e $\alpha = .96$); Sexualidade (ítems 23, 24, 25, 26, 27, 28 e $\alpha = .93$); Comunicação/Conflito (ítems 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22 e $\alpha = .91$); Funções familiares (ítems 1, 2, 3, 4 e $\alpha = .84$); Rede Social (ítems 7, 8, 9 e $\alpha = .73$); Autonomia (ítems 10, 11, 12, 13 e $\alpha = .82$); Tempos Livres (ítems 5, 6 e $\alpha = .70$). Dos 44 ítems, 16 caracterizam zonas da vida conjugal cujo foco é o casal (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38), 14 caracterizam zonas da vida conjugal cujo foco é o outro (8, 11, 13, 20, 22, 24, 27, 30, 32, 34, 37, 40, 42 e 44) e os restantes 14 caracterizam zonas da vida conjugal cujo foco é o próprio (9, 10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41 e 43).

Os 44 ítems são cotados numa escala de tipo Likert de seis pontos, variando entre “Nada Satisfeito” e “Completamente Satisfeito” (Anexo IX).

3.2.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Para operacionalizar a variável independente designada por percepção do apoio social das mães de bebés pré-termo, optou-se por utilizar a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Esta escala foi construída e validada por Ribeiro (1999). É uma escala de auto-preenchimento, constituída por 15 frases nas quais o sujeito pode assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas (se a frase se aplica ou não à sua situação individual), sendo respondidas numa escala de tipo Likert com cinco posições de resposta, variando entre —concordo totalmente e —discordo totalmente. A ESSS é composta por quatro dimensões ou factores: 1) Satisfação com amigos/amizades (SA), incluindo cinco ítems (3,12,13,14,15; $\alpha = .83$), 2) Intimidade (IN), avalia o grau de percepção da existência de suporte social íntimo, incluindo quatro ítems (1,4,5,6; $\alpha = .74$), 3) Satisfação com a família (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente, incluindo três ítems (9,10,11; $\alpha = .74$) e 4) Actividades sociais (AS), mede a satisfação com as actividades sociais que o sujeito realiza, incluindo três ítems (2,7,8; $\alpha = .64$). Através desta escala obtém-se, ainda, uma pontuação global (ESSS), correspondendo as notas mais altas a uma percepção de maior satisfação com o suporte social. A escala total mostra uma consistência interna de $\alpha = .85$ (Anexo XI).

3.2.5. Questionário das Características do Bebê (QCB)

De modo a operacionalizar a variável dependente “Temperamento do bebê”, utilizou-se o Questionário das Características do Bebê (QCB), que é uma tradução para português do Questionário das Características do Bebê criado originalmente por Bates, Freeland e Lounsbury, em 1979. Este foi traduzido por Soares, Rangel-Henriques e Dias em 2010 e validado para a população portuguesa por Carneiro, Dias, Magalhães, Soares, Rangel-Henriques, Silva, Marques e Baptista no mesmo ano. O seu objectivo é avaliar a percepção parental acerca do temperamento dos bebés. É constituído por 32 itens, classificados de 1 a 7, em que 1 caracteriza o temperamento óptimo, 4 a dificuldade média e 7 o temperamento difícil (Anexo XIII).

3.2.6. Questionário sobre Comportamento Alimentar do Bebê (QCAB)

Para se operacionalizar a variável dependente, “Comportamento Alimentar do Bebê”, foi utilizado o Questionário sobre Comportamento Alimentar do Bebê (QCAB). Trata-se da tradução para português (Miguel, 2012) do questionário Baby Eating Behaviour Questionnaire, criado em 2011 por Llewellyn, Jaarsveld, Johnson, Carnell e Wardle, o qual deriva de um questionário já existente, o “Children’s Eating Behaviour Questionnaire”. Tem como objectivo descrever o comportamento alimentar do bebê no período em que este é alimentado exclusivamente por leite.

Este questionário é constituído por 18 itens que medem quatro constructos de apetite, todos eles com grande validade interna: “Desfrute da comida” ($\alpha = .81$), composto pelos itens 1, 3, 6 e 17; “Resposta à comida” ($\alpha = .79$), composto pelos itens 2, 8, 12, 14, 16 e 18; “Lentidão ao comer” ($\alpha = .76$), composto pelos itens 5, 9, 11 e 15 e “Resposta de saciedade” ($\alpha = .73$), composto pelos itens 7, 10, 13. 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 (Anexo XII).

3.2.7. Questionário sobre Padrão de Choro (QPC)

Com o objectivo de operacionalizar a variável dependente “Padrão de choro do bebé”, a opção utilizada foi também uma tradução para português (Miguel, 2012), do Questionário sobre Padrão de Choro (QPC) do Extended Crying Pattern Questionnaire, criado por Wolke, Meyer e Gray em 1994. O objectivo deste questionário é avaliar a duração e as crises de agitação e de choro dos bebés – Anexo .

É composto por doze questões independentes, em que se pergunta aos pais qual a duração e o número de crises de choro/agitação durante a manhã (6h – meio dia), durante a tarde (meio dia - 18h), ao fim da tarde/noite (18h – meia noite) e durante a noite (meia noite – 6h). Através dele pode também averiguar-se a variação do choro e da agitação de dia para dia, como é que os pais reagem ao choro do bebé, o comportamento dos pais face ao choro do bebé e se, eventualmente, o bebé terá um problema de choro (Anexo XIV).

3.3. SELECÇÃO DA AMOSTRA

Tendo em conta a especificidade da amostra pretendida para este estudo e devido à facilidade de contacto com a Maternidade Doutor Alfredo da Costa, visto se tratar do local de execução da função laboral, a melhor forma encontrada para aceder a um conjunto de mães de bebés nascidos pré-termo (< 37 semanas) foi recorrer à consulta de Pediatria Geral, na qual estes bebés, com idades compreendidas entre os 0 e os 18 meses (idade cronológica) são seguidos.

Após ter sido obtida a autorização formal da Comissão de Ética do Hospital, foi iniciada a recolha da amostra com as mães pré-termo que frequentavam as Consultas, anteriormente mencionadas, tendo sido conseguida uma amostra final de 36 participantes.

3.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

3.4.1. As participantes

Na presente investigação foram inquiridas 36 participantes do género feminino, com idade compreendida entre os 18 e os 49 anos ($M = 33.19$, $DP = 6.79$) e de Nacionalidade maioritariamente portuguesa (83.3%, $n = 30$), sendo as restantes de nacionalidade angolana

ou brasileira (8.3%, n = 3 para ambas). A maioria referiu pertencer à etnia Lusa (77.8%, n = 28), sendo que as restantes se referiam à Africana (13.9%, n = 5). Por outro lado, ao nível do Estatuto Conjugal, pode observar-se que 88.9% (n = 32) da amostra estava casada ou em união de facto e 11.1% (n = 4) era solteira. Quanto aos dados profissionais, 80.6% (n = 29) das participantes estão empregadas; 16.7% (n = 6) estão desempregadas e 2.8% (n = 1) são estudantes. Como se pode observar através do gráfico seguinte, a maioria da amostra tem qualificações académicas ao nível do Ensino Superior.

No que se concerne à constituição familiar, a maioria da amostra vive com o pai e irmão/ã(os/as) do bebé (41.7%, n = 15) e, em segundo lugar, apenas com o pai (36.1%, n = 13). Ainda neste sentido, o tipo de família é, na maioria, de estrutura nuclear (72.2%, n = 26), seguida das famílias alargadas (16.7%, n = 6) e, por fim, com os mesmos valores percentuais (2.8%, n = 1), as famílias reconstruídas e monoparentais.

3.4.2. Antecedentes obstétricos

Referentemente ao número de filhos, 44.4% (n = 16) das inquiridas tem dois filhos, 36.1% (n = 13) tem um filho, 16.7% (n = 6) tem três filhos e 2.8% (n = 1) tem quatro filhos. Pode-se constatar, ainda, que esta foi a primeira gravidez para apenas 8.3% (n = 3) das participantes, sendo que a maioria se encontrava na segunda gravidez (36.1%, n = 13). Para as mães que já tinham tido gravidezes anteriores (47.2%, n = 17), 62.5% (n = 10) consideram que estas decorreram normalmente e 75% (n = 12) refere que foram vivenciadas de forma alegre. Das participantes que responderam que as gravidezes anteriores não foram normais (37.5%, n = 6), 80% (n = 4) afirmou que “o feto teve complicações que resultaram em morte in-utero” e 20% (n = 1) mencionou que “numa gravidez houve um aborto espontâneo e noutra uma interrupção médica por trissomia 18”. Ainda, no que concerne às gravidezes anteriores, 41.2% (n = 7) destas resultaram em pelo menos um nascimento pré-termo, sendo que a maioria refere que lidou muito bem com a situação de prematuridade (42.9%, n = 3).

3.4.3. A gravidez, o parto e o pós-parto

Para 75% (n = 27) das mulheres pertencentes à amostra, esta foi uma gravidez planeada, para 97.2% (n = 35) foi uma gravidez desejada e na maioria dos casos foi vigiada (97.1%, n = 34). Em 83.3% (n = 30) dos casos não existia preferência pelo sexo do bebé. No

entanto, os 16.7% (n = 6) que responderam afirmativamente tinham, na sua maioria, preferência pelo sexo feminino (60%, n = 3).

No momento do nascimento, as 26, 30 e 35 semanas de gestação ocupam as maiores percentagens das inquiridas (11.8%, n = 4). No que se refere à existência de complicações para a mãe durante a gravidez, a amostra divide-se equitativamente entre as mulheres que tiveram complicações (50%, n = 18) e as que não tiveram (50%, n = 18). A sua maioria viveu complicações físicas (77.8%, n = 14), sendo que 11.1% (n = 2) passou por complicações psicológicas e também 11.1% (n = 2) por ambas. Quanto às complicações físicas para o bebé durante a gravidez, a maioria referiu não terem existido (77.1%, n = 27). Ainda assim, dos 22.9% (n = 8) que respondeu terem existido complicações para o bebé durante a gravidez, a maioria referiu-se à restrição de crescimento intra-uterino (62.5%, n = 5), sendo que, com igual percentagem, as restantes referiram-se ao risco de morte in-utero, à dilatação renal e à transfusão inter-fetal. A maioria das mães considera que esta foi uma gravidez normal (64.7%, n = 22).

Relativamente ao parto, a maioria realizou-se através de cesariana electiva (58.8%, n = 20), seguida por parto eutócico (23.5%, n = 8), por cesariana em trabalho de parto (14.7%, n = 5) e, por fim, por ventosa (2.9%, n = 1). No decorrer do parto, a maioria refere não terem existido complicações físicas (93.9%, n = 31) nem psicológicas (91.7%, n = 33) para a mãe. Das 8.3% (n = 3) que afirmaram terem passado por complicações psicológicas durante o parto, estas dividiram-se igualmente entre a ansiedade pelo risco de vida do recém-nascido (33.3%, n = 1), medo da dor e do parto em geral (33.3%, n = 1) e ansiedade associada à dor sentida (33.3%, n = 1). Quanto às complicações físicas, apenas uma mulher referiu ter sofrido de hipertensão arterial.

Quanto ao período após o parto, 75% (n = 27) responderam que não existiram complicações para a mãe, sendo que, para as restantes 25% (n = 9), a maioria das complicações foi de ordem física (44.4%, n = 4), seguida das psicológicas (33.3%, n = 3), sendo que 22.2% (n = 2) das mães tiveram ambas as complicações.

3.4.4. Os bebés pré-termo

No que se concerne ao sexo do recém-nascido, 62.9% (n = 22) são do sexo masculino e 34.3% (n = 12) do sexo feminino. No momento da recolha da amostra, a média de idades

dos bebês era de 136 dias (DP = 125.80). Pôde observar-se que a maioria dos bebês nasceu com um peso situado entre os 1000 e 1500 gramas (35.3%, n = 12).

A maioria das participantes afirmou que, após o parto, o recém-nascido não permaneceu junto de si (86.1%, n = 31), sendo que na maioria dos casos tal se deveu ao facto de este ter sido transferido para a neonatologia (91.3%, n = 21). Nos outros casos, o motivo referiu-se ao parto ter ocorrido por cesariana (4.3%, n = 1) e à mãe se encontrar sob sedação (4.3%, n = 1). Em 82.9% (n = 29) dos casos, não existiram complicações físicas para o bebé. Dos 17.1% (n = 6) que afirmaram terem existido complicações físicas para o recém-nascido, 60% (n = 3) referiu-se a alterações respiratórias, sendo que, com a mesma percentagem de respostas (20%, n = 1), se encontram a dilatação renal e as alterações cardíacas.

Para a maioria da amostra, a prestação de cuidados ao recém-nascido é realizada por ambos os pais (69.4%, n = 25), sendo que para 30.6% (n = 11) dos casos, é a mãe a prestadora de cuidados.

3.4.5. Factores relativos à interacção mãe-bebé

A maioria das participantes do estudo lidou razoavelmente com a situação de prematuridade após o nascimento (47.2%, n = 17). Quando questionadas sobre o motivo que as levou a lidar dessa forma com a prematuridade, a maioria referiu “por ter tido uma preparação psicológica prévia” (26.3%, n = 5), em segundo lugar “receio de que o desenvolvimento do bebé não seja bom” (15.8%, n = 3), seguidamente que “não estava preparada nem informada sobre a prematuridade” (10.5%, n = 2) e, por último, em valores percentuais comuns (5.3%, n = 1) surgem as razões “não estava previsto o nascimento pré-termo”, “por ser um bebé muito pequeno/frágil”, “devido ao bebé ter nascido saudável”, “pela promoção do estabelecimento da relação pais-bebé transmitida pelos profissionais de saúde”, “por ser uma situação nova”, “dificuldade em aceitar a prematuridade e observar a morte de outros bebês prematuros de perto”, “por acreditar que tudo iria correr bem”, “por ter acompanhado de perto o desenvolvimento de um recém-nascido prematuro” e “por ser uma situação difícil de aceitar”.

Relativamente ao modo como lida com a prematuridade atualmente, a maioria da amostra referiu “bem” (44.4%, n = 16). Em relação aos motivos que levam as inquiridas a lidar assim com a prematuridade, a maioria afirmou “por ser um bebé saudável” (25%, n = 6), em segundo lugar “devido ao bom desenvolvimento do bebé” (16.7%, n = 4), em seguida,

com a mesma percentagem (12.5%, n = 3), “devido à experiência anterior adquirida” e “adaptação à situação e sensação de evolução positiva” e, por fim, com os mesmos pontos percentuais (4.2%, n = 1), “por existirem alguns problemas relacionados com a prematuridade do recém-nascido”, “incerteza dos cuidados suplementares a ter com o bebé”, “perceção da vivência da situação de prematuridade como uma oportunidade de amadurecimento/crescimento pessoal”, “por já ter noções sobre prematuridade”, “porque atualmente existem cada vez mais meios eficazes ao nosso alcance”, “aprendi a lidar com a situação”, “a fase crítica já passou” e “porque os bebés precisam das mães”.

Quanto à interação que as inquiridas consideram ter com o seu bebé, a maioria refere que é “muito fácil” (47.2%, n = 17), seguido de “fácil” (41.7%, n = 15) e, em último lugar, “nem fácil nem difícil” (11.1%, n = 4). Os motivos apontados para tal interação referem-se primeiramente a “o bebé é sorridente e brincalhão” (16.7%, n = 4), em segundo lugar a “por o bebé ser tranquilo” e “o bebé está a desenvolver-se e a reagir bem” com a mesma percentagem (12.5%, n = 3), de seguida a “bebé muito desejado/amado” (8.3%, n = 2) e, por fim, com iguais pontos percentuais (4.2%, n = 1), “esclarecimento de todas as dúvidas relativas ao recém-nascido com os profissionais de saúde”, “competências em acalmar facilmente o bebé quando este se encontra agitado”, “de acordo com as expectativas pessoais”, “somos ambos bem-dispostos”, “é difícil por o bebé ser muito pequeno e ter de cuidar em simultâneo do irmão gêmeo e fácil devido ao bebé ser tranquilo”, “bebé saudável e sem nenhuma complicação física”, “por ter o instinto materno”, “por ser meu filho”, “não existem grandes dificuldades”, “é um bebé normal”, “o bebé é um pouco ansioso e chora muito” e “por ser um bebé muito pequeno e frágil requer mais cuidados”.

A maioria das inquiridas referiu que procura informar-se acerca do estado de saúde do seu bebé “frequentemente” (50%, n = 18), resultado muito próximo da resposta “muito frequentemente” (47.2%, n = 17), sendo que apenas 2.8% (n = 1) respondeu “às vezes”. Para 75% (n = 27) das mães participantes refere que se sente capaz de cuidar do seu bebé “muito frequentemente”, seguido de “frequentemente” (19.4%, n = 7) e, por fim, “às vezes” (5.6%, n = 2).

De acordo com as repostas dadas a maioria das inquiridas se sente apoiada pelo companheiro na prestação de cuidados ao recém-nascido “frequentemente” (47.2%, n = 17). Quanto ao apoio prestado pelos seus familiares, a maioria da amostra afirmou “muito frequentemente” (45.7%, n = 16), resultado este muito próximo da opção “frequentemente” que obteve 40% (n = 14) das respostas.

No que é relativo à participação ativa do bebé nas interações com a mãe, a maioria refere que tal acontece “muito frequentemente” (63.9%, n = 23), seguido de “frequentemente” (25%, n = 9) e, por fim, “às vezes” (11.1%, n = 4).

A maioria da amostra em estudo respondeu que “nunca” pensa que seria mais fácil se o bebé não tivesse nascido prematuro (48.6%, n = 17), em segundo lugar a resposta com maior resultado foi “raramente” (31.4%, n = 11), seguida de “às vezes” (16.7%, n = 6) e, por último, “muito frequentemente” (2.9%, n = 1).

A maioria das mães refere sentir-se satisfeita “muito frequentemente” (88.9%, n = 32), sendo que as restantes respostas se referem a “frequentemente” (11.1%, n = 4).

3.5. PROCEDIMENTO

Após ser obtido o parecer positivo por parte da Comissão de Investigação Clínica e da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa (onde a MAC se encontra integrada), processo que demorou 9 meses por questões burocráticas da própria instituição, iniciou-se então a recolha da amostra com as mães de bebés pré-termo seguidos na consulta anteriormente referida.

A recolha da amostra ocorreu na consulta de pediatria da Maternidade Doutor Alfredo da Costa durante o período de Fevereiro a Setembro do ano actual. Os questionários foram entregues às utentes que se dirigiam à consulta de Pediatria e que tinham filhos com idades compreendidas entre os 0 e os 18 meses, enquanto estes aguardavam na sala de espera.

Cada utente foi informada pela investigadora acerca dos objectivos da investigação e em que é que esta consiste, pedindo a sua colaboração. Após aceitarem participar no estudo foi-lhe fornecido um conjunto de questionários e as folhas de Consentimento Informado (Anexo VII) e de Informação à Participante (Anexo VI), para que pudessem ler e assinar.

De seguida, eram preenchidos os questionários – a investigadora manteve-se junto às participantes para que estes pudessem esclarecer qualquer tipo de dúvida, dando-lhes, no entanto, a maior privacidade possível no momento do preenchimento. Nos casos em que as utentes referiram não ter tempo para acabar de preencher o conjunto de questionários por terem de entrar para a consulta com os seus bebés foi-lhes entregue um envelope timbrado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa previamente direccionado para a Faculdade ao cuidado do Sr. Professor Orientador (com o respectivo selo) para que os questionários pudessem ser devolvidos após o seu preenchimento à investigadora.

Este conjunto de questionários foi composto por um Questionário Sociodemográfico e Clínico construído para efeitos desta investigação; uma Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21); uma Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC); uma Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS); o o Questionário das Características do Bebê (QCB); o Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebê (QCAB) e, por fim, o Questionário sobre o Padrão de Choro do Bebê (QSPC), aplicados por esta ordem.

De forma a organizar os dados e para que não se identificasse as participantes, mantendo o sigilo, os protocolos foram codificados numericamente. Já os consentimentos informados foram guardados separadamente.

3.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

A análise dos dados foi elaborada através do programa *SPSS – versão 22*. De modo a determinar a média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos, bem como o cálculo das frequências e percentagens utilizou-se a estatística descritiva. Para determinar se as variáveis independentes explicam as variáveis dependentes, utilizou-se a análise de regressão linear múltipla.

4. RESULTADOS

Neste capítulo, serão relatados os resultados decorrentes da presente investigação quantitativa. Em primeiro lugar, é apresentado o estudo da análise da consistência interna das escalas *Questionário das Características do Bebê (QCB)*; *Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebê (QCAB)*; *Questionário sobre o Padrão de Choro (QPC)*; *Escala Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)*; *Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)* e *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*, com recurso ao *Alfa de Cronbach* (Anexo XV). Em seguida será apresentada a análise descritiva na qual serão apresentados a média, desvio-padrão, máximos e mínimos de cada escala e suas dimensões e/ou subescalas (Anexo XVI). Posteriormente, para testar as hipóteses da investigação, são apresentados os resultados obtidos através do método estatístico *Análise de Regressão Múltipla* (Anexo XVII).

4.1. ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA INTERNA

4.1.1. Questionário das Características do Bebê (QCB)

Relativamente à consistência interna da amostra do presente estudo, o QCB foi analisado com a totalidade dos itens que a constituem obtendo-se uma consistência interna forte ($\alpha = .897$).

4.1.2. Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebê (QCAB)

Aquando da análise da consistência interna do Questionário sobre o Comportamento Alimentar do Bebê, na amostra da presente investigação este obteve um nível abaixo dos instrumentos anteriores, todavia demonstrado uma consistência interna aceitável ($\alpha = .642$).

4.1.3. Questionário sobre o Padrão de Choro (QPC)

Especificamente ao QPC, não foi exequível proceder à análise da consistência interna, uma vez que este questionário é constituído por 12 itens independentes entre si.

4.1.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS – 21)

No que toca à EADS – 21, obteve-se um nível elevado de consistência interna, quando analisado na totalidade dos itens para a presente amostra ($\alpha = .862$).

4.1.5. Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Relativamente à consistência interna da amostra do presente estudo, a EASAVIC foi analisada com a totalidade dos itens que a constituem obtendo-se uma consistência interna elevada ($\alpha = .982$).

4.1.6. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Especificamente ao QPC, não foi exequível proceder à análise da consistência interna, uma vez que este questionário é constituído por 12 itens independentes entre si.

4.2. ESTATÍSTICA DESCRITIVA

A análise descritiva visa descrever estatisticamente os resultados obtidos nas diferentes escalas relativas às variáveis estudadas especificamente para a presente amostra (Marôco, 2011).

Relativamente, ao *Questionário das Características do Bebê* (QCB), o total da escala apresentou uma média de 68.58, com um desvio-padrão de 17.88, e valores de mínimo e máximo de 31 e 114.

Quanto ao Questionário sobre o *Comportamento Alimentar do Bebê* (QCAB), observou-se que a Subescala Apetite Geral apresenta uma média de 3.86, com um desvio-padrão de 1.03, mínimo de 1.00 e máximo 5.00; a Subescala Desfruta da Comida evidencia uma média de 15.06, com um desvio-padrão de 1.75, mínimo de 10.00 e máximo de 18.00; a Subescala Resposta à Comida demonstra uma média de 13.71, com um desvio-padrão de 4.63 e mínimo e máximo de 6.00 e 22.00, respectivamente; a Subescala Lentidão a Comer revela uma média de 10.70, com um desvio-padrão de 2.40, mínimo de 7.00 e máximo de 17.00 e, por fim, a Subescala Resposta de Saciedade tem uma média de 6.65, com um desvio-padrão de 2.07, mínimo de 3.00 e máximo de 7.00.

Aquando da análise do *Questionário sobre o Padrão de Choro* (QPC), observou-se a impossibilidade da análise de todas as doze dimensões com a qual é constituída devido à existência de um número elevado de respostas ausentes dos sujeitos da presente amostra. Deste modo, foram analisadas apenas as dimensões possíveis, cujo número de respostas ausentes é igual ou menor que seis, que são: QPC 1; QPC 3c; QPC 4; QPC 5; QPC 6; QPC 8; QPC 9; QPC 10 e QPC 11. Assim, observou-se que a dimensão QPC 1 tem uma média de -1.03, com um desvio-padrão de 1.38 e um mínimo de -3.00 e máximo de 2.00; a dimensão QPC 3c evidencia uma média de 2.63, com um desvio-padrão de 1.47, mínimo igual a 1.00 e máximo a 7.00; a dimensão QPC 4 revela uma média de 2.40, com um desvio-padrão de

0.078, mínimo 1.00 e máximo 4.00; a dimensão QPC 5 tem média 2.43, com um desvio-padrão de 0.850, mínimo 1.00 e máximo 4.00; a dimensão QPC 6 apresenta média de 1.37, com um desvio-padrão de 0.49, mínimo de 1.00 e máximo de 2.00; por sua vez, a dimensão QPC 8 contém uma média de 1.14, com um desvio-padrão de 0.430, um mínimo igual a 1.00 e máximo igual a 3.00; a dimensão QPC 9 possui a média de 2.06, com um desvio-padrão de 0.998 e mínimo e máximo de 1.00 e 4.00, respectivamente; o QPC 10, por outro lado, apresenta uma média de 1.06, com um desvio-padrão de 0.246, um mínimo de 1.00 e máximo de 2.00, finalmente, o QPC 11 revela uma média de 1.03, com um desvio-padrão de 0.177, mínimo de 1.00 e máximo de 2.00.

Depois foram observados os resultados descritivos das subescalas da *Escala Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS-21) e constatou-se que, para a Subescala Ansiedade a média é de 2.69, com um desvio-padrão de 3.01, mínimo de 0.00 e máximo de 13.00; para a Subescala Depressão a média é de 1.28, com desvio-padrão de 1.81, mínimo de 0.00 e máximo de 7.00 e, por fim, para a Subescala Stress a média é de 4.80, com um desvio-padrão de 3.28, mínimo de 0.00 e máximo de 15.00.

Em relação à *Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (EASAVIC) e, mais especificamente ao seu total, esta apresenta uma média de 28.03, com um desvio-padrão de 5.43, com valor mínimo de 15.24 e um valor máximo de 37.00. Acerca das suas subescalas os resultados são divergentes: a Subescala Intimidade Emocional a média é de 85.74, com um desvio-padrão de 15.20, mínimo igual a 48.00 e máximo igual a 107.00; a Subescala Sexualidade apresenta a média de 26.44, com um desvio-padrão de 7.59, mínimo de 10.00 e máximo de 36.00; a Subescala Comunicação/Conflito evidencia uma média de 30.17, com desvio-padrão de 8.22, mínimo e máximo de 15.00 e 42.00, respectivamente; a Subescala Funções Familiares tem uma média de 15.91, com um desvio-padrão 3.87, mínimo de 6.00 e máximo de 24.00; a Subescala Rede Social revela uma média de 13.33, com um desvio-padrão de 2.91, mínimo de 7.00 e máximo de 18.00; em penúltimo lugar, a Subescala Autonomia possui uma média de 17.59, com um desvio-padrão de 4.35, um valor mínimo de 10.00 e um valor máximo de 24.00 e, por último a Subescala Tempos Livres tem uma média de 6.94, com um desvio-padrão de 2.11, com um valores mínimos e máximos de 3.00 e 12.00, respectivamente.

Referentemente à *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS), esta apresentou no seu geral uma média de 12.07, com um desvio-padrão de 1.70, mínimo de 9.00 e máximo de 17.25, e especificamente nas suas subescalas os seguintes resultados: para a Subescala

Satisfação com Amigos a média é de 12.36, com um desvio-padrão de 3.82, mínimo de 7.00 e máximo de 23.00; de modo semelhante, a Subescala Intimidade apresentou uma média de 12.03, com um desvio-padrão de 3.05, valor mínimo de 7.00 e máximo de 20.00; a Subescala Satisfação com a Família contem uma média de 13.47, com um desvio padrão de 3.10, mínimo igual a 7.00 e máximo igual a 18.00 e, por fim, a Subescala Actividades Sociais com uma média de 10.11, desvio-padrão de 2.93, mínimo de 3.00 e máximo de 15.00.

4.3. TESTAGEM DAS HIPÓTESES

Com o objectivo de testar as hipóteses, procedeu-se à Análise de Regressão, uma vez que esta análise permite explicar a variância das variáveis dependentes em função das variáveis independentes (a Análise de Regressão pode ser consultada no Anexo XVII)

As variáveis intervalares utilizadas nas análises de regressão foram submetidas à análise de ajustamento à distribuição normal. As variáveis número de gravidezes anteriores, idade do recém-nascido, Subescala Depressão (EADS), Subescala Stress (EADS) e Subescala Sexualidade (EASAVIC) não se afastavam significativamente da distribuição normal. Em relação às outras variáveis, a análise dos gráficos Q-Q Plot mostrou que as respectivas distribuições se encontravam dentro dos valores esperados, motivo pelo qual foram aceites para a regressão múltipla (Anexo XVIII).

Devido a algumas perguntas dos questionários não terem sido respondidas por várias participantes e, portanto, estas apresentarem *Missing* elevado (> 6) tiveram de ser eliminadas da análise. Este facto sucedeu no *Questionário das Características do Bebé* (questão 8), o que nos levou a calcular a escala total com todas as questões excepto a oitava, e no *Questionário do Padrão de Choro do Bebé* (questões 2a, 2b, 2c, 2d, 3a, 3b, 3d, 7 e 12), tendo-se neste caso optado por efectuar a análise para cada uma das restantes questões.

Pelo facto de se observar a presença de multicolinearidade, algumas variáveis tiveram de ser eliminadas, ao longo do processo estatístico. Desta forma, obtivemos 7 modelos. No modelo 1 entraram os dados correspondentes às participantes do estudo: idade, nacionalidade, escolaridade, estatuto conjugal, tipo de família. O modelo 2 refere-se às características obstétricas, incluindo os seguintes itens: gravidez anterior, gravidez vigiada, parto vaginal /cesariana, parto eutócico / distócico, complicações psicológicas da mãe no parto, após parto complicações físicas e psicológicas. O modelo 3 refere-se às características do bebé, nomeadamente: idade, sexo; peso à nascença, tempo de gestação e complicações do bebé

durante a gravidez. O modelo 4 diz respeito às variáveis relativas à interação mãe-bebé: como a mãe classifica a interação e como percebe a participação do bebé na interação. O modelo 5 comporta as diferentes subescalas da EASAVIC. O modelo 6 é composto pelas diferentes escalas do ESSS. E por fim, no modelo 7 introduz-se as escalas da ADS, aquando da testagem da hipótese 1, sendo posteriormente selecionado diferentemente da variável independente que se pretendeu estudar, o que por sua vez conduziu à alteração dos restantes modelos.

4.3.1. Testagem da Hipótese Específica 1

4.3.1.1. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o temperamento do bebé

Tal como se pode observar no Anexo XVIII, ao utilizar a variável ansiedade como variável independente, o conjunto de todos os modelos explica 88,7% da variância da variável dependente, contudo o modelo 7 não dá um contributo significativo ($p = .415$) para a explicação da variável dependente.

A mesma análise foi realizada, tendo como variável independente a depressão materna. Tal como se pode verificar no Anexo XVIII o conjunto de todos os modelos explica 87,3% da variância da variável dependente. Porém, também esta variável não oferece um contributo significativo ($p = .658$) para a explicação da variável dependente.

Na análise em que a variável independente é o stress materno, o conjunto de todos os modelos explica 80% da variância da variável dependente. Todavia, esta variável não contribui significativamente ($p = .323$) para a variância da variável dependente (Anexo XVIII).

É de realçar que nas três análises supracitadas o terceiro modelo (variáveis relativas ao bebé pré-termo) alcançou um valor interessante ($p = .069$) na explicação da variável dependente, isto é a percepção do temperamento do bebé pela mãe (Anexo XVIII).

4.3.1.2. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o comportamento alimentar do bebé

Ao utilizar a variável ansiedade como variável independente e o apetite geral como variável dependente o conjunto de todos os modelos explica 89,3% da variância da variável dependente. Para além disso, observa-se que o modelo 7 correspondente à variável ansiedade, não dá um contributo significativo ($p = .291$) para a explicação da variável dependente.

(Anexo XVIII).

Ainda com o apetite geral como variável dependente, a análise foi realizada com a variável independente depressão. O conjunto de todos os modelos explica 89,6% da variância da variável dependente. Relativamente à variável independente, não é observado um valor significativo ($p = .259$), pelo que não oferece um contributo significativo para a explicação da variável dependente (ver Anexo XVIII).

A análise foi repetida com o apetite geral como variável dependente, contudo desta vez com a subescala Stress como variável independente. Nesta análise, o conjunto de todos os modelos explica 80,0% da variância da variável dependente. No que toca à variável independente o valor não é significativo ($p = .323$), não oferecendo um contributo significativo para a explicação da variável dependente (ver Anexo XVIII).

É de sublinhar que, ainda assim, mas três análises anteriores, o terceiro modelo, correspondente às variáveis do bebé, alcançou um valor interessante ($p = .059$) na explicação da variável dependente, que nestes casos é a subescala Apetite Geral (ver Anexo XVIII).

As mesmas análises foram realizadas, tendo como variável dependente a resposta de saciedade do bebé. Iniciemos então a descrição dos resultados da análise realizada com a ansiedade materna como variável independente. Tal com se pode verificar no Anexo XVIII, o conjunto de todos os modelos explica 84,7% da variância da variável dependente, contudo a variável independente ansiedade materna não oferece um contributo significativo ($p = .160$) para a explicação da variável dependente.

Quanto à análise realizada com a variável dependente resposta de saciedade do bebé e com a variável independente depressão materna, verificou-se que o conjunto de todos os modelos explica 81,4% da variância da variável dependente. Quanto à variável independente, a depressão materna, esta não contribui significativamente para a variância da variável dependente ($p = .283$) (Anexo XVIII).

Relativamente à análise em que a variável dependente é a resposta de saciedade do bebé e a variável independente o stress materno, observou-se que o conjunto de todos os modelos explica 89,8% da variância da variável dependente. Neste caso, a variável independente stress materno não oferece um contributo significativo ($p = .881$) para a explicação da variável independente (Anexo XVIII).

Nesta última análise observou-se que o quinto modelo, relativo à satisfação conjugal, mais especificamente à subescala Sexualidade, têm um resultado interessante ($p = .069$), para a explicação da variável dependente – resposta de saciedade (Anexo XVIII).

As análises seguintes são protagonizadas pela subescala resposta à comida como variável dependente. Primeiramente, e com a variável ansiedade como variável independente, o conjunto de todos os modelos explica 75,7% da variância variável dependente. Mais especificamente, à variável independente o valor não se demonstrou significativo ($p = .397$), não contribuindo para a explicação da variável dependente (Anexo XVIII).

Aquando da análise da mesma variável dependente com a variável independente depressão materna, constatou-se o conjunto de todos os modelos explica 94,0% da variância da variável dependente. Como se pode observar a tabela seguinte, a variável independente não contribui para a explicação da variável dependente pois o seu resultado não é significativo ($p = .498$). Por outro lado, nesta análise verificou-se que o modelo 6, relativo à satisfação com suporte social, mais especificamente a subescala Actividades Sociais, tem um valor significativo ($p = .038$) que contribui significativamente para aumentar variância explicada da variável dependente (Anexo XVIII).

Tabela 1: Análise de regressão, VD- Resposta à comida, VI- depressão materna

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.712	.508	.371	3.77408	.508	3.710	5	18	.017
2	.776	.603	.297	3.98796	.095	.624	5	13	.684
3	.850	.723	.204	4.24560	.120	.694	5	8	.643
4	.853	.728	-.041	4.85411	.005	.060	2	6	.942
5	.872	.760	-.105	5.00120	.031	.652	1	5	.456
6	.963	.928	.586	3.07059	.168	9.264	1	4	.038
7	.969	.940	.536	3.24015	.012	.592	1	3	.498

Posteriormente, analisou-se a variável dependente resposta à comida com a variável independente stress. Nesta análise o conjunto de todos os modelos explica 87,3% da variância da variável dependente. Porém, a variável independente não contribui para a explicação, pois o não tem um resultado significativo ($p = .369$) (Anexo XVIII).

Por fim, e relativamente às três análises subjacentes, o modelo 1, respeitante aos dados sociodemográficos da mãe, oferece um contributo significativo para a explicação da variável dependente ($p = .017$) (ver Anexo XVIII).

Neste ponto é realizada a análise em que a variável dependente é a desfrute da comida. Assim, no que diz respeito à análise em que a variável independente é a ansiedade materna, o conjunto dos modelos explica 94,6% da variância da variável dependente. Acerca do resultado entre a variável dependente e a independente continua a não ser significativos ($p = .221$)

(Anexo XVIII).

Por outro lado, quando a variável independente é a depressão materna, o conjunto de todos os modelos explica 88,9% da variância da variável dependente. Apesar disso, a variável independente não evidencia um valor significativo para a sua variância ($p = .590$) (Anexo XVIII).

Por fim, com a variável independente stress materno, o conjunto de todos os modelos 84,8% da variância da variável dependente e, mais especificamente, a variável independente não evidencia um valor significativo para a variância da variável dependente ($p = .883$) (Anexo XVIII).

É de sublinhar que, ainda assim, mas três análises anteriores, o quinto modelo, correspondente à satisfação conjugal, mais especificamente a subescala Sexualidade, alcançou um valor interessante ($p = .085$) na explicação da variável dependente, que nestes casos é a subescala disfrute da comida (ver Anexo XVIII).

As análises seguintes terão como variável dependente a subescala Lentidão ao Comer. Inicialmente, foi realizada a análise com a variável independente Ansiedade. Nesta análise, o conjunto de todos os modelos explica 83,8% da variância da variável dependente, todavia a variável independente não contribui para a explicação da variável dependente ($p = .742$) (Anexo XVIII).

Posteriormente, analisou-se com a variável independente Depressão, na qual o conjunto de todos os modelos explica 83,6% da variância da variável dependente, no entanto, tal como na análise anterior, a variável independente não contribui para a explicação da variável dependente ($p = .135$) (Anexo XVIII).

Esta última análise foi realizada com a variável independente Stress. Nesta análise, o conjunto de todos os modelos explica 87,8% da variância da variável dependente. Para além disso, observou-se que a variável independente não contribui para a explicação da variável dependente ($p = .135$) (Anexo XVIII).

Finalmente, nas três análises subjacentes, quando a variável dependente é a lentidão ao comer, realça-se que o modelo 3 (dados do bebé pré-termo) tem um valor interessante para a explicação da variância da variável dependente ($p = .019$) (Anexo XVIII).

4.3.1.3. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o choro do bebé

Relativamente à apresentação dos resultados, em que a variável independente é a Percepção do Choro do Bebé, esta irá ser apresentada ao longo das dimensões da presente

escala – QPC.

Em primeiro lugar, temos a análise em que a variável dependente é a QPC 1 e a variável independente Ansiedade e cujo conjunto de todos os modelos explica 85,5% da variância da QPC 1. Nesta análise a variável independente não demonstrou resultados significativos para explicação da variância da QPC 1 ($p = .838$) (Anexo XVIII).

De seguida, e respeitante à análise da variável dependente QPC 1 com a variável independente Depressão, o conjunto de todos os modelos explica 91,8% da variância da variável dependente e a análise entre ambas não evidenciou resultados significativos ($p = .151$) (Anexo XVIII).

Por fim, quanto à análise da variável dependente QPC 1 e a variável independente Stress, o conjunto de todos os modelos explica 87,8% da variância da variável dependente e não foram demonstrados resultados significativos ($p = .414$) da variável independente para a explicação da variância da dependente (Anexo XVIII).

Ainda assim, nas três análises supracitadas foi evidente a existência de valores interessantes para o modelo 4 ($p = .084$), que respeita às variáveis acerca da interacção mãe-bebé, e o modelo 6 ($p = .083$) relativo à escala ESSS (Anexo XVIII).

De seguida, foi realizada a análise entre a variável dependente QPC 3c e as diferentes subescalas EADS-21. Relativamente à análise com a variável independente Ansiedade, o conjunto de todos os modelos explica 56,0% da variância da variável dependente e não surgiram resultados significativos da variável independente para a explicação da variância da variável dependente ($p = .709$) (Anexo XVIII). Quanto à análise realizada entre a QPC 3c e a variável independente Depressão, o conjunto de todos os modelos explica 58,6% da variância da variável dependente e não foi observado valor significativo da variável independente para a variável dependente ($p = .522$) (Anexo XVIII). Estes resultados observaram-se de igual modo tanto na análise entre a QPC 3c e a variável independente Stress ($p = .721$). Nesta análise o conjunto de todos os modelos explica 55,9% da variância da variável dependente (Anexo XVIII).

Aquando da análise entre a variável dependente QPC 4 e a variável independente Ansiedade, o conjunto de todos os modelos explica 76,5% da variável dependente, para além disso observou-se o resultado da variável independente não é significativo para a explicação da variância da variável dependente ($p = .337$) (Anexo XVIII). Esta observação, manteve-se na análise seguinte com a utilização da variável independente Depressão ($p = .557$), cujo conjunto de todos os modelos explica 74,4% da variância da variável QPC 4 (Anexo XVIII).

Este resultado foi de igual modo evidente na análise realizada em que se utilizou a variável independente Stress ($p = .923$), em que o conjunto de todos os modelos explica 73,0% da variância da variável (Anexo XVIII).

Respeitantes à análise da variável dependente QPC 5 com as subescalas da EADS-21 os resultados são os seguintes: em primeiro lugar, com a variável independente Ansiedade, o conjunto de todos os modelos explica 73,1% da variância da variável dependente, contudo não foram observados valores significativos entre esta e a variável QPC 5 ($p = .828$) (Anexo XVIII); em segundo lugar, com a variável independente Depressão, o conjunto de todos os modelos explica 73,3% da variância da variável dependente, porém também não se observaram valores significativos entre ambas ($p = .748$) por fim e em terceiro lugar, com a variável independente Stress, o conjunto de todos os modelos explica 77,2% da variância da variável dependente, todavia também não se observaram valores significativos entre ambas ($p = .288$) (Anexo XVIII). Ainda assim, nas três análises supracitadas foi sempre observado um resultado interessante entre a QPC 5 e o modelo 1 (dados sociodemográficos da mãe) ($p = .084$) (Anexo XVIII).

Com a variável dependente QPC 6 foram também realizadas análises com as subescalas ansiedade, depressão e stress. Com a variável independente Ansiedade, verificou-se que o conjunto de todos os modelos explica 89,0% da variância da variável dependente, no entanto relativamente à relação entre ambas esse valor não é significativo ($p = .173$) (Anexo XVIII). Por outro lado com a variável independente depressão, verificou-se que o conjunto de todos os modelos explica 85,6% da variância da variável dependente, mas o resultado entre ambas não se demonstrou significativo ($p = .769$) (Anexo XVIII). Quanto à análise com a variável independente Stress, averiguou-se que o conjunto de todos os modelos explica 87,5% da variância da variável dependente, e como pode ser observado no quadro seguinte a relação entre ambas não é significativa ($p = .316$) (Anexo XVIII).

Apesar disso, como se pode observar, nesta análise e nas duas análises anteriores com a variável dependente QPC6, o modelo 1, respeitante aos dados sociodemográficos da mãe, oferece um contributo bastante significativo para a explicação da variável dependente ($p = .009$) (ver Tabela 2 e Anexos XVIII).

Tabela 2: Análise de regressão, VD- QPC 6, VI- stress materno

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.659	.434	.336	.405	.434	4.411	4	23	.009
2	.796	.634	.451	.369	.200	1.962	5	18	.134
3	.816	.666	.356	.399	.033	.342	4	14	.845
4	.838	.703	.332	.407	.037	.742	2	12	.497
5	.879	.772	.386	.390	.069	1.525	2	10	.264
6	.924	.854	.508	.349	.082	2.245	2	8	.168
7	.935	.875	.518	.345	.021	1.164	1	7	.316

De seguida é analisado a variável dependente QPC 8 com a variável independente Ansiedade. Nesta análise o conjunto de todos os modelos explica 36,1% da variância da variável dependente, sendo que a variância não aumenta significativamente devido à contribuição da variável dependente ($p = .770$) (Anexo XVIII). Com a variável independente Depressão o conjunto de todos os modelos explica 41,5% da variância da variável dependente, contudo o valor entre ambas não é significativo ($p = .418$) (Anexo XVIII). Em último, com a variável independente Stress o conjunto de todos os modelos explicam 36,5% da variância da variável QPC 8, porém a variável independente não contribui significativamente ($p = .718$) Anexo XVIII).

Continuando a análise com a seguinte variável dependente, a variável QPC 9, verificou-se que, com a variável independente Ansiedade, o conjunto de todos os modelos explica 70,8% da variância da variável dependente, mas a variável independente não contribui significativamente para a mesma ($p = .519$) (Anexo XVIII). Já com a variável independente Depressão, o conjunto dos modelos explica 73,3% da variância da variável dependente e a contribuição da variável independente não é significativa ($p = .318$) (Anexo XVIII). Com a variável independente Stress, o conjunto de todos os modelos explica 68,9% da variância da variável dependente, todavia a variável independente não contribui significativamente para a mesma ($p = .920$) (Anexo XVIII).

Relativamente, a análise realizada com a variável dependente QPC 10 e a variável independente Ansiedade, verificou-se que o conjunto de todos os modelos explica 64,0% da variância da variável dependente, no entanto a variável independente não contribui de modo significativo para a mesma ($p = .378$) (Anexo XVIII). Posteriormente, para a análise seguinte com a variável independente Depressão e a variável dependente QPC 10, observou-se que o conjunto de todos os modelos explica 63,2% da variância da variável dependente e que a

variável independente não contribui significativamente para o QPC 10 ($p = .404$) (Anexo XVIII). Quanto à análise realizada com a variável independente Stress, o conjunto de todos os modelos explica 59,3% da variância da variável dependente QPC10, contudo a variável independente não contribui significativamente para a mesma ($p = .558$) (Anexo XVIII).

Por último, foi realizada a análise com a variável dependente QPC 11 e a subescalas da EADS-21, como variáveis independentes. Para a primeira análise, com a variável independente Ansiedade, o conjunto de todos os modelos explica 92,9% da variância da variável dependente, sendo que a variável independente não é significativa ($p = .188$) (Anexo XVIII). Na segunda análise, com a variável independente Depressão, o conjunto de todos os modelos explica 89,8% da variância da variável dependente, porém a variável independente não é significativa ($p = .522$) (Anexo XVIII). Na terceira análise, com a variável independente Stress, o conjunto de todos os modelos explica 96,1% da variância da variável dependente, sendo que a variável dependente é significativa ($p = .049$) (Anexo XVIII). Ainda sobre a presente análise e como se pode ver na tabela seguinte, para além do valor significativo do modelo 7 (relativo à variável independente Stress) existe outro modelo com valor significativo, que inclusive surge nas análises com as variáveis independentes Ansiedade e Depressão, que é o modelo 2 relativo aos acontecimentos obstétricos ($p = .029$). Por fim, nas três análises supracitadas também surge um resultado interessante relativo ao modelo 4 sobre interação mãe-bebé ($p = .052$) (Anexo XVIII).

Tabela 3: Análise de regressão, VD- QPC 11, VI- Stress materno

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.327	.107	-.072	.207	.107	.599	4	20	.668
2	.764	.583	.333	.163	.476	3,426	5	15	.029
3	.842	.710	.367	.159	.127	1.200	4	11	.364
4	.922	.850	.599	.127	.140	4.195	2	9	.052
5	.939	.882	.596	.127	.032	.960	2	7	.428
6	.941	.885	.448	.149	.003	.064	2	5	.939
7	.980	.961	.766	.097	.076	7.765	1	4	.049

Concluindo, a Hipótese Específica 1 não foi confirmada tendo em conta que as três variáveis independentes não evidenciaram contribuições significativas para as variáveis dependentes, existindo apenas uma exceção, mais especificamente a variável independente Stress que contribuiu significativamente para uma dos itens do Questionário do Padrão de Choro do Bebê ($p = .049$) (Anexo XVIII).

4.3.2. Testagem da Hipótese Específica 2

4.3.2.1. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o Temperamento do bebê

Ao utilizar a variável relativa ao total da Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (a partir daqui EASAVIC – Total) como variável independente e o total do Questionário de Características do bebê (QCB), observou-se que o conjunto de todos os modelos explica 83,0% da variância da variável dependente. Para além disso observa-se que o modelo 7 correspondente à variável EASAVIC, não dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente ($p = .749$). Observou-se ainda um valor interessante ($p = .071$) relativo ao modelo 4, que engloba as variáveis independentes relativas à interação mãe-bebé (**Anexo XVIII**).

4.3.2.2. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o comportamento alimentar do bebê

Nesta fase utilizou-se a variável EASAVIC – Total como variável independente e o apetite geral como variável dependente. Perante isso observou-se que o conjunto de todos os modelos explica 85,0% da variância da variável dependente e que o modelo 7 correspondente à variável independente, não dá um contributo significativo ($p = .201$) para a explicação da variável dependente (**Anexo XVIII**).

A mesma análise foi realizada, tendo como variável dependente a resposta de saciedade do bebê. Tal como se pode verificar no Output B3 (ver Anexo XVIII), o conjunto dos modelos explica 89,6% da variância da variável dependente, no entanto a variável independente EASAVIC-Total não oferece um contributo significativo para a explicação da variável dependente ($p = .773$). Nesta análise observou-se que o terceiro modelo, relativo à identificação do recém-nascido, tem um resultado interessante para a explicação da variável dependente – resposta de saciedade ($p = .079$) (**Anexo XVIII**).

A análise seguinte é protagonizada pela subescala resposta à comida como variável dependente. Nesta análise, a totalidade dos modelos explica 98,4% da variância variável dependente. Como se pode ver na tabela seguinte, tanto o modelo 1, relativo aos dados sociodemográficos da mãe, como o modelo 6, relativo à variável independente EASAVIC-Total, contribuíram significativamente para a variância da variável dependente ($p = .004$ e $p = .011$, respectivamente) (**Anexo XVIII**).

Tabela 4: Análise de regressão, VD- Resposta à Comida, VI- EASAVIC-Total

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.748	.560	.462	3.48367	.560	5.718	4	18	.004
2	.821	.675	.404	3.66543	.115	.708	6	12	.650
3	.885	.783	.469	3.45867	.108	1.493	3	9	.282
4	.910	.828	.460	3.48848	.045	.923	2	7	.441
5	.951	.905	.580	3.07680	.076	1.999	2	5	.230
6	.992	.984	.911	1.41597	.079	19.608	1	4	.011

Neste ponto será realizada a análise em que a variável independente é a disfrute da comida. Nesta análise o conjunto dos modelos explica 83,6% da variância da variável dependente, porém a variável independente não contribui significativamente para a variância da variável EASAVIC-Total ($p = .127$) (Anexo XVIII).

A seguinte análise terá como variável dependente a subescala lentidão ao comer. Nesta análise o conjunto total dos modelos explica 66,5% da variância da variável dependente, todavia a variável independente não contribui de modo significativo para a explicação da variável dependente ($p = .974$) (Anexo XVIII).

4.3.2.3. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o choro do bebê

Relativamente à apresentação dos resultados, em que a variável independente é a Percepção do Choro do Bebê, esta irá ser apresentada ao longo das dimensões da presente escala – QPC.

Em primeiro lugar, temos a análise em que a variável dependente é a QPC 1 e a variável independente EASAVIC- Total cujo o conjunto dos modelos explica 89,3% da variância da QPC 1 e com a qual não contribui de modo significativo para a explicação da variável dependente ($p = .153$) (Anexo XVIII).

De seguida, foi realizada a análise entre a variável dependente QPC 3c. O conjunto total dos modelos explica 74,0% da variância da variável dependente e a variável independente não contribui de modo significativo para a variância da variável dependente ($p = .774$) (Anexo XVIII).

Aquando da análise com a variável dependente QPC 4, o conjunto dos modelos explica 89,1% da variável dependente, porém observou-se que não surgiram dados significativos na regressão entre ambas ($p = .990$) (Anexo XVIII). Nesta última análise

verificou-se que o segundo modelo, relativo aos acontecimentos obstétricos, tem um resultado interessante para a explicação da variável dependente ($p = .096$) (Anexo XVIII).

Respeitante à análise da variável dependente QPC 5, o conjunto total dos modelos explica 77,9% da variância da variável dependente, contudo não foi observado valor significativo relativo à variável independente para a variância da variável dependente ($p = .432$) (Anexo XVIII). Nesta análise foi observado um resultado significativo no modelo 1 – dados sociodemográficos da mãe – ($p = .035$) e um resultado interessante entre a QPC 5 e o modelo 4 (interacção mãe-bebé) ($p = .097$), que podem ser observados no quadro seguinte (Anexo XVIII).

Tabela 5: Análise de regressão, VD- QPC 5, VI- EASAVIC – Total

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.624	.390	.268	.659	.390	3.196	4	20	.035
2	.748	.559	.244	.670	.169	.894	6	14	.525
3	.771	.594	.027	.760	.035	.218	4	10	.922
4	.841	.707	.218	.681	.112	3.445	1	9	.096
5	.845	.715	.022	.762	.008	.100	2	7	.907
6	.858	.737	-.264	.866	.022	.208	2	5	.819
7	.882	.779	-.327	.887	.042	.761	1	4	.432

Com a variável dependente QPC 6 e com a variável independente EASAVIC-Total, verificou-se que o conjunto total dos modelos explica 84,4% da variância da variável dependente, no entanto relativamente à relação entre ambas esse valor não é significativo ($p = .117$) (Anexo XVIII). Apesar disso, nesta análise, o modelo 1, respeitante aos dados sociodemográficos da mãe, oferece um contributo bastante significativo para a explicação da variável dependente ($p = .033$) (ver Tabela 6 e Anexos XVIII).

Tabela 6: Análise de regressão, VD- QPC 6, VI- EASAVIC – Total

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.628	.394	.273	.426	.394	3.256	4	20	.033
2	.732	.536	.204	.446	.141	.711	6	14	.647
3	.814	.662	.189	.450	.126	.933	4	10	.483
4	.814	.663	.101	.474	.001	.026	1	9	.875
5	.819	.671	-.129	.531	.008	.082	2	7	.922
6	.830	.688	-.496	.611	.018	.142	2	5	.871
7	.919	.844	.063	.484	.155	3.983	1	4	.117

De seguida é analisado a variável dependente QPC 8. O conjunto total dos modelos explica 87,5% da variância da variável dependente, sendo que a variável independente não tem um contributo significativo para a variável dependente ($p = .492$) (Anexo XVIII).

A seguinte variável dependente, a variável QPC 9, permitiu observar que o conjunto total dos modelos explica 85,6% da variância da variável dependente, porém a variável independente não contribui significativamente para a mesma, apesar de ser interessante ($p = .098$) (Anexo XVIII).

Relativamente, a análise realizada com a variável dependente QPC 10 verificou-se que o total dos modelos explica 55,7% da variância da variável dependente, todavia a variável independente não contribui de modo significativo para a mesma ($p = .685$) (Anexo XVIII).

Por último, com a variável dependente QPC 11, na qual se observou que a esta é constante e que por isso não foi possível fazer a sua análise à semelhança das anteriores. Posto isto, é impossível, com a variável dependente QPC 11, verificar se a hipótese é confirmada ou não (Anexo XVIII).

Concluindo, a Hipótese Específica 2 não foi confirmada tendo em conta que a variável independente, EASAVIC – Total, não evidenciou contribuições significativas para a maioria as variáveis dependentes, existindo apenas uma exceção, em que a variável independente contribuiu significativamente para a subescala Resposta à Comida do Questionário do Comportamento Alimentar do Bebê (QCAB) ($p = .011$) (Anexo XVIII).

4.3.3. Testagem da Hipótese Específica 3

4.3.3.1. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o Temperamento do bebê

Esta análise foi realizada tendo como variável independente o total da Escala de Satisfação com o Suporte Social. Tal como se pode verificar no Anexo XVIII o conjunto de todos os modelos explica 73,8% da variância da variável dependente. Contudo, também esta variável não oferece um contributo significativo ($p = .840$) para a explicação da variável dependente. Sublinha-se ainda que o quarto modelo, relativo à interação mãe-bebê, esta alcançou um valor interessante ($p = .081$) na explicação da variável dependente, isto é a percepção do temperamento do bebê pela mãe (Anexo XVIII).

4.3.3.2. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o comportamento alimentar do bebê

Ao utilizar a variável ESSS – Total como variável independente e o apetite geral como variável dependente o conjunto dos modelos explica 90,6% da variância da variável dependente. Relativamente à variável independente é observado um valor interessante ($p = .077$), todavia não oferece um contributo significativo para a explicação da variável dependente (Anexo XVIII). É de notar que o terceiro modelo, correspondente à identificação do recém-nascido, alcançou um valor interessante ($p = .081$) na explicação da variável dependente (ver Anexo XVIII).

A mesma análise foi realizada, tendo como variável dependente a resposta de saciedade do bebé. Verificou-se que o conjunto dos modelos explica 92,8% da variância da variável dependente. Quanto à variável independente, a depressão materna, não contribui significativamente para a variância ($p = .800$) (Anexo XVIII).

A análise seguinte é protagonizada pela subescala resposta à comida como variável dependente. Constatou-se que o conjunto dos modelos explica 88,1% da variância da variável dependente. Como se pode observar a tabela seguinte, a variável independente não contribui para a explicação da variável dependente pois o seu resultado não é significativo ($p = .621$). Especificamente nesta análise verificou-se que o modelo 1, relativo aos dados sociodemográficos da mãe tem um valor significativo ($p = .008$), contribuindo para aumentar variância explicada da variável dependente (Anexo XVIII).

Tabela 7: Análise de regressão, VD- Resposta à comida, VI- ESSS-Total

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.706	.499	.393	3.70638	.499	4.725	4	19	.008
2	.801	.641	.410	3.65433	.142	1.109	5	14	.399
3	.889	.790	.463	3.48575	.149	1.277	5	9	.352
4	.890	.792	.403	3.67550	.002	.095	1	8	.766
5	.906	.820	.311	3.94784	.028	.467	2	6	.648
6	.932	.869	.245	4.13270	.048	.738	2	4	.534
7	.939	.881	.086	4.54839	.012	.302	1	3	.621

Neste ponto irá ser realizada a análise em que a variável dependente é a desfrute da comida. O conjunto dos modelos explica 83,8% da variância da variável dependente. Apesar disso, a variável independente não evidencia um valor significativo para a sua variância ($p = .850$) (Anexo XVIII).

A análise seguinte tem como variável dependente a subescala lentidão ao comer. O conjunto dos modelos explica 89,7% da variância da variável dependente, porém, tal como na

análise anterior, a variável independente não contribui para a explicação da variável dependente ($p = .950$) (Anexo XVIII). Realça-se que o modelo 3 (dados do bebê) tem um valor significativo ($p = .016$), como se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 8: Análise de regressão, VD- Lentidão ao Comer, VI- ESSI-Total

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.390	.152	.036	2.31953	.152	1.312	3	22	.296
2	.531	.282	-.122	2.50275	.130	.483	6	16	.812
3	.877	.769	.475	1.71191	.487	4.639	5	11	.016
4	.882	.777	.381	1.85879	.008	.165	2	9	.850
5	.895	.801	.380	1.86087	.024	.980	1	8	.351
6	.947	.897	.569	1.55061	.095	2.761	2	6	.141
7	.947	.897	.484	1.69787	.000	.004	1	5	.950

4.3.3.3. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o choro do bebê

Relativamente à apresentação dos resultados, em que a variável independente é a Percepção do Choro do Bebê, está irá ser apresentada ao longo das dimensões do instrumento QPC.

Na análise em que a variável dependente é o item QPC 1 e a variável independente o ESSI - Total, observou-se que o conjunto de todos os modelos explica 65,6% da variância da variável dependente. Neste caso, a variável independente não oferece um contributo significativo para a explicação da variável independente ($p = .268$) (Anexo XVIII).

Posteriormente realizou-se a análise em que a variável dependente é o item QPC 3c e a variável independente o ESSI - Total, observou-se que o conjunto de todos os modelos explica 81,5% da variância da variável dependente. Neste caso, a variável independente não oferece um contributo significativo para a explicação da variável independente ($p = .115$) (Anexo XVIII).

Quanto à análise realizada com a variável dependente o item QPC 4, como se observa na tabela seguinte, o conjunto dos modelos explica 94,6% da variância da variável dependente, sendo que a variável independente não tem um valor significativo para a explicação da variância da variável independente ($p = .964$). Apenas o modelo 6, relativo à Escala EADS – 21, apresenta um valor significativo para a explicação da variância da variável dependente ($p = .036$) (Anexo XVIII).

Tabela 9: Análise de regressão, VD- QPC 4, VI- ESSS

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de
1	.330	.109	-.046	.808	.109	.705	4	23	.597
2	.691	.478	.119	.742	.369	1.614	7	16	.202
3	.741	.549	-.014	.796	.071	.476	4	12	.753
4	.836	.700	.189	.712	.150	2.500	2	10	.132
5	.857	.735	.105	.748	.035	.530	2	8	.608
6	.972	.946	.706	.428	.211	6.454	3	5	.036
7	.972	.946	.633	.479	.000	.002	1	4	.964

Relativamente à análise realizada com a variável dependente QPC 5, o conjunto dos modelos explica 85,8% da variância da variável dependente e a variável independente não evidencia um valor significativo para a explicação da variância da variável independente ($p = .405$). Por outro lado o modelo 1, relativo aos dados sociodemográficos da mãe, tem uma contribuição interessante para a explicação da variável dependente ($p = .084$) (Anexo XVIII).

Quanto à análise realizada com a variável dependente QPC 6, como se pode observar na tabela seguinte, o conjunto dos modelos explica 88,2% da variância da variável dependente. A variável independente não tem um valor significativo para a explicação da variância da variável dependente ($p = .261$). Como se pode observar na tabela seguinte, o modelo 1, relativo aos dados sociodemográficos da mãe, contribui significativamente a explicação da variável dependente ($p = .009$) (Anexo XVIII).

Tabela 10: Análise de regressão, VD- QPC 6, VI- ESSS

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.659	.434	.336	.405	.434	4.411	4	23	.009
2	.806	.650	.410	.382	.216	1.414	7	16	.267
3	.836	.699	.322	.410	.048	.480	4	12	.750
4	.855	.731	.274	.424	.033	.606	2	10	.564
5	.887	.787	.280	.422	.055	1.037	2	8	.398
6	.912	.832	.091	.474	.045	.447	3	5	.730
7	.939	.882	.204	.444	.050	1.712	1	4	.261

Posteriormente realizou-se a análise em que a variável dependente é o item QPC 8, constatando-se que o conjunto de todos os modelos explica 82,3 % da variância da variável dependente. Neste caso, a variável independente não oferece um contributo significativo para

a explicação da variável independente ($p = .310$) (Anexo XVIII).

Relativamente à análise em que a variável dependente é o item QPC 9 e a variável independente o ESSS - Total, verificou-se que o conjunto de todos os modelos explica 87,9% da variância da variável dependente. Aqui, a variável independente não oferece um contributo significativo para a explicação da variável independente ($p = .480$) (Anexo XVIII).

Quanto à análise em que a variável dependente é o item QPC 10, o conjunto de todos os modelos explica 72,9% da variância da variável dependente. Mais especificamente, a variável independente não oferece um contributo significativo para a explicação da variável independente ($p = .680$) (Anexo XVIII).

Por fim, e na análise realizada com a variável dependente QPC 11, como se pode observar na tabela seguinte, o conjunto dos modelos explica 97,0% da variância da variável dependente. Ainda sobre isso a variável independente não oferece um contributo significativo para a explicação da variável independente ($p = .373$). Finalmente, o modelo 4, relativo à interacção mãe-bebé, contribui para aumentar significativamente a explicação da variância da variável dependente ($p = .036$) e o modelo 3 sobre dados obstétricos tem uma contribuição interessante para a explicação da variância da variável dependente ($p = .052$) (Anexo XVIII).

Tabela 11: Análise de regressão, VD- QPC 11, VI- ESSS

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de
1	.327	.107	-.072	.207	.107	.599	4	20	.668
2	.771	.595	.306	.488	.488	2.811	6	14	.052
3	.876	.768	.442	.173	.173	1.856	4	10	.195
4	.948	.899	.696	.131	.131	5.184	2	8	.036
5	.951	.903	.614	.005	.005	.147	2	6	.866
6	.975	.951	.607	.047	.047	.965	3	3	.511
7	.985	.970	.642	.019	.019	1.294	1	2	.373

Em suma, a Hipótese Específica 3 não foi confirmada tendo em conta que a variável independente, ESSS–Total, não evidenciou contribuições significativas para a totalidade das variáveis dependentes.

4.3.4. Testagem da Hipótese Específica 4

4.3.4.1. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o Temperamento do bebé

Esta análise foi realizada tendo como variáveis independentes os acontecimentos obstétricos. Tal com se pode verificar na tabela seguinte, o conjunto de todos os modelos

explica 99,9% da variância da variável dependente. A variável independente oferece um contributo significativo ($p = .033$) para a explicação da variável dependente. Sublinha-se ainda que o quarto modelo, relativo à percepção em áreas da vida conjugal, contribui significativamente para a explicação da variável dependente ($p = .034$) e, o modelo 3, relativo à interacção mãe-bebé, têm um valor interessante ($p = .098$) na explicação da variável dependente, isto é a percepção do temperamento do bebé pela (Anexo XVIII).

Tabela 12: Análise de regressão, VD- QCB, VI- Dados Obstétricos

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	gl ₁	gl ₂	Significância do acréscimo de F
1	.313	.098	-.052	18.86741	.098	.652	4	24	.631
2	.540	.292	-.044	18.79102	.194	1.039	5	19	.424
3	.858	.736	.329	15.06872	.445	2.318	8	11	.098
4	.914	.835	.538	12.49698	.099	5.993	1	10	.034
5	.943	.889	.612	11.45076	.054	1.955	2	8	.204
6	.943	.890	.559	12.22000	.000	.025	1	7	.880
7	.999	.999	.979	2.65447	.109	29.270	5	2	.033

4.3.4.2. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o comportamento alimentar do bebé

Ao utilizar os dados obstétricos como variável independente e a subescala apetite geral como variável dependente, o conjunto dos modelos explica 97,4% da variância da variável dependente e a variância da variável dependente não aumenta significativamente devido à contribuição dos dados obstétricos ($p = .313$). Apesar disso, e relativamente ao modelo 3 (interacção mãe-bebé), é observado um valor interessante ($p = .079$) (Anexo XVIII).

A mesma análise foi realizada, tendo como variável dependente a resposta de saciedade do bebé. Verificou-se que o conjunto dos modelos explica 98,3% da variância da variável dependente. Quanto à variável independente (dados obstétricos) não contribui significativamente para a variância ($p = .665$). Para além disso, como é visível na tabela seguinte, que o modelo 3, relativo à interacção mãe-bebé, oferece um contributo significativo para a explicação da variável dependente ($p = .015$) e que no modelo 2, dados relativos ao bebé, é observado um valor interessante ($p = .093$) (Anexo XVIII).

Tabela 13: Análise de regressão, VD- Resposta de Sacidade, VI- Dados obstétricos

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.182	.033	-.105	2.05550	.033	.239	3	21	.868
2	.662	.438	.156	1.79584	.405	2.302	5	16	.093
3	.924	.854	.650	1.15739	.416	4.753	6	10	.015
4	.926	.858	.622	1.20171	.004	.276	1	9	.612
5	.952	.907	.682	1.10294	.049	1.842	2	7	.228
6	.954	.911	.643	1.16814	.004	.240	1	6	.641
7	.992	.983	.603	1.23261	.073	.878	5	1	.665

A análise seguinte é protagonizada pela subescala resposta à comida como variável dependente. Constatou-se que o conjunto dos modelos explica 94,5% da variância da variável dependente. Como se pode observar a tabela seguinte, a variável independente não contribui para a explicação da variável dependente pois o seu resultado não é significativo ($p = .821$). Especificamente nesta análise verificou-se que o modelo 1, relativo aos dados sociodemográficos da mãe tem um valor significativo ($p = .008$) que contribui para explicar a variância da variável dependente (Anexo XVIII).

Tabela 14: Análise de regressão, VD- Resposta à comida, VI- Dados Obstétricos

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.694	.482	.378	3.67723	.482	4.648	4	20	.008
2	.801	.641	.426	3.53245	.160	1.335	5	15	.303
3	.914	.835	.559	3.09723	.193	1.752	6	9	.216
4	.946	.894	.637	2.80827	.060	1.974	2	7	.209
5	.951	.904	.617	2.88445	.010	.635	1	6	.456
6	.972	.945	.338	3.79318	.041	.367	4	2	.821

Neste ponto é realizada a análise em que a variável dependente é a desfrute da comida. O conjunto dos modelos explica 99,4% da variância da variável dependente. Para além disso, a variável independente e o modelo 6 (relativo à ansiedade, depressão e stress materno) evidenciam valores interessantes para a sua variância ($p = .079$ e $p = .091$, respectivamente) (Anexo XVIII).

A análise seguinte tem como variável dependente a subescala lentidão ao comer. O conjunto dos modelos explica 88,0% da variância da variável dependente e a variável independente não contribui significativamente para a explicação da variável dependente (p

= .610). Realça-se que o modelo 4 (dados relativos à satisfação conjugal) tem um valor interessante ($p = .016$), para a explicação da variância da variável dependente ($p = .060$) (Anexo XVIII).

4.3.4.3. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o choro do bebê

Relativamente à apresentação dos resultados, em que a variável independente é a Percepção do Choro do Bebê, está irá ser apresentada ao longo das dimensões da presente escala – QPC.

Quanto à análise realizada com a variável dependente o item QPC 1 o conjunto dos modelos explica 89,0% da variância da variável dependente, sendo que a variável independente não tem um valor significativo para a explicação da variância da variável independente ($p = .789$) (Anexo XVIII).

Na análise realizada com a variável dependente o item QPC 3c o conjunto dos modelos explica 70,8% da variância da variável dependente, sendo que a variável independente não tem um valor significativo para a explicação da variância da variável independente ($p = .779$) (Anexo XVIII).

Quanto à análise realizada com a variável dependente QPC 4, como se pode observar na tabela seguinte, o conjunto dos modelos explica 69,3% da variância da variável dependente e o modelo 2 (dados relativos ao bebê), contribui para aumentar significativamente a explicação da variável dependente ($p = .022$). Também observam-se resultados interessantes tanto no modelo 5, relativo especificamente à satisfação com o suporte social ($p = .093$), e o modelo 6, sobre depressão materna ($p = .088$), para a explicação da variável dependente (Anexo XVIII).

Tabela 15: Análise de regressão, VD- QPC 4, VI- Dados obstétricos

Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo R^2 de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.299	.089	-.020	.828	.089	.818	3	25	.496
2	.678	.460	.280	.696	.370	3.601	4	21	.022
3	.824	.679	.358	.657	.219	1.366	7	14	.293
4	.824	.679	.309	.682	.000	.005	1	13	.946
5	.890	.792	.470	.597	.112	2.969	2	11	.093
6	.920	.847	.570	.537	.055	3.578	1	10	.088
7	.981	.693	.739	.419	.116	2.074	6	4	.250

Relativamente à análise realizada com a variável dependente QPC 5, o conjunto dos modelos explica 77,0% da variância da variável dependente. O modelo 7 não dá um contributo

significativo ($p = .706$) para a explicação da variável dependente e modelo 1, dados sociodemográficos da mãe, tem uma contribuição interessante para a explicação da variável dependente ($p = .080$) (Anexo XVIII).

Quanto à análise realizada com a variável dependente QPC 6, como se pode observar na tabela seguinte, o conjunto dos modelos explica 75,4% da variância da variável dependente. A variável independente não dá um contributo significativo ($p = .965$) para a explicação da variável dependente e só o modelo 1, relativo aos dados sociodemográficos da mãe, contribui para aumentar significativamente a explicação da variável dependente ($p = .003$) (Anexo XVIII).

Tabela 16: Análise de regressão, VD- QPC 6, VI- Dados obstétricos

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.644	.415	.345	.406	.415	5.911	3	25	.003
2	.671	.450	.267	.429	.035	.335	4	21	.851
3	.821	.674	.347	.405	.224	1.317	7	14	.291
4	.821	.674	.297	.420	.000	.000	1	13	.993
5	.821	.674	.170	.457	.000	.001	2	11	.999
6	.828	.685	.119	.470	.012	.367	1	10	.558
7	.868	.754	-.722	.658	.069	.186	6	4	.965

Aquando da análise realizada com a variável dependente o item QPC 8 o conjunto dos modelos explica 67,3% da variância da variável dependente, sendo que a variável independente não tem um valor significativo para a explicação da variância da variável independente ($p = .890$) (Anexo XVIII).

De seguida, na análise realizada com a variável dependente o item QPC 9 o conjunto dos modelos explica 83,8% da variância da variável dependente e a variável independente não tem um valor significativo para a explicação da variância da variável independente ($p = .572$) (Anexo XVIII).

Relativamente à análise realizada com a variável dependente o item QPC 10 o conjunto dos modelos explica 81,9% da variância da variável dependente, pelo que a variável independente não tem um valor significativo para a explicação da variância da variável independente ($p = .500$) (Anexo XVIII).

Por fim e na análise realizada com a variável dependente QPC 11, observou-se que a esta é constante e que por isso não foi possível fazer a sua análise à semelhança das anteriores. Posto isto, é impossível, com a variável dependente QPC 11, verificar se a hipótese é

confirmada ou não (Anexo XVIII).

Em conclusão, a Hipótese Específica 4 não foi confirmada tendo em conta que a variável independente, acontecimentos obstétricos, não evidenciou contribuições significativas para a totalidade das variáveis dependentes.

4.3.5. Testagem da Hipótese Específica 5

4.3.5.1. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o Temperamento do bebé

Esta análise foi realizada tendo como variável independente as características do bebé pré-termo. Tal como se pode verificar na tabela seguinte, o conjunto de todos os modelos explica 87,6% da variância da variável dependente. As variáveis independentes características do bebé pré-termo não são significativas ($p = .681$) para a explicação da variável dependente. O terceiro modelo, relativo à interação mãe-bebé, tem um valor interessante ($p = .065$) na explicação da variável dependente, isto é a percepção do temperamento do bebé pela mãe (Anexo XVIII).

4.3.5.2. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o comportamento alimentar do bebé

Ao utilizar as características do bebé pré-termo como variável independente e a subescala apetite geral como variável dependente, o conjunto dos modelos explica 99,0% da variância da variável dependente e a variância da variável dependente aumenta significativamente devido à contribuição das características do bebé pré-termo ($p = .017$). Apesar disso, e relativamente ao modelo 3 (interacção mãe-bebé), contribui significativamente para a variância da variável dependente ($p=.020$) (Anexo XVIII).

Tabela 17: Análise de regressão, VD- Apetite Geral, VI- Características do Bebé Pré-Termo

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.343	.118	-.029	1.00190	.118	.802	4	24	.536
2	.499	.249	-.106	1.03872	.132	.666	5	19	.654
3	.897	.804	.502	.69722	.555	3.896	8	11	.020
4	.904	.817	.487	.70762	.012	.679	1	10	.429
5	.936	.876	.565	.65164	.059	1.896	2	8	.212
6	.995	.990	.932	.25719	.115	11.839	4	4	.017

A mesma análise foi realizada, tendo como variável dependente a resposta de saciedade do bebê. Verificou-se que o conjunto dos modelos explica 100% da variância da variável dependente. As características do bebê pré-termo, apresentam um valor interessante ($p = .055$) (Anexo XVIII).

A análise seguinte é protagonizada pela subescala resposta à comida como variável dependente. Constatou-se que o conjunto dos modelos explica 98,5% da variância da variável dependente. Como se pode observar a tabela seguinte, a variável independente contribui significativamente para a explicação da variável dependente ($p = .028$). Especificamente nesta análise verificou-se que o modelo 1, relativo aos dados sociodemográficos da mãe tem um valor significativo ($p = .009$) que contribui significativamente para aumentar variância explicada da variável dependente e que o modelo 5, relativo à satisfação com o suporte social, apresenta um resultado interessante ($p = .098$) (Anexo XVIII).

Tabela 18: Análise de regressão, VD- Resposta à comida, VI- Características bebê pré-termo

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.666	.443	.342	3.71797	.443	4.376	4	22	.009
2	.747	.558	.324	3.76736	.115	.885	5	17	.512
3	.859	.738	.319	3.78258	.180	.980	7	10	.494
4	.888	.789	.391	3.57707	.051	2.182	1	9	.174
5	.924	.853	.524	3.16267	.064	3.513	1	8	.098
6	.993	.985	.904	1.41942	.132	8.929	4	4	.028

Neste ponto vai ser feito a análise em que a variável dependente é a desfrute da comida. O conjunto dos modelos explica 81,7% da variância da variável dependente. Para além disso, a variável independente não tem um valor significativo que contribua para a explicação da variância da variável dependente ($p = .879$). Por outro lado, o modelo 5, relativo à satisfação com o suporte social, tem um valor significativo para a variância da variável dependente ($p = .035$) (Anexo XVIII).

Tabela 19: Análise de regressão, VD- Desfrute da comida, VI- Características bebê pré-termo

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.528	.279	.107	1.44339	.279	1.624	5	21	.197
2	.567	.332	-.102	1.60366	.043	.202	5	16	.957
3	.598	.357	-.392	1.80247	.036	.166	4	12	.951
4	.723	.522	-.242	1.70204	.165	1.729	2	10	.227
5	.891	.793	.328	1.25261	.271	5.232	2	8	.035
6	.904	.817	.049	1.48933	.024	.220	3	5	.879
7	.528	.279	.107	1.44339	.279	1.624	5	21	.197

A análise seguinte tem como variável dependente a subescala lentidão ao comer. O conjunto dos modelos explica 97,2% da variância da variável dependente e a variável independente não contribui significativamente para a explicação da variável dependente ($p = .247$). Realça-se que o modelo 3 (interacção mãe-bebé) tem um valor significativo, para a explicação da variância da variável dependente ($p = .014$) (Anexo XVIII).

Tabela 20: Análise de regressão, VD- Desfrute da comida, VI- Características bebê pré-termo

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo ² de R	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.372	.138	.026	2.29006	.138	1.232	3	23	.321
2	.451	.204	-.090	2.42254	.065	.388	4	19	.814
3	.878	.771	.504	1.63476	.567	4.246	7	12	.014
4	.911	.829	.556	1.54628	.058	1.706	2	10	.230
5	.918	.842	.543	1.56834	.013	.721	1	9	.418
6	.927	.859	.543	1.56851	.018	.998	1	8	.347
7	.986	.972	.760	1.13753	.113	2.442	5	3	.247

4.3.5.3. Variável dependente: Percepção da mãe sobre o choro do bebê

À semelhança das apresentações de resultados das hipóteses anteriores a presente apresentação de resultados, em que a variável independente são os dados relativos ao bebê pré-termo, irá ser realizada ao longo das dimensões da escala QPC.

Em primeiro lugar, são analisados os resultados em que a variável dependente é a QPC 1 e a variável independente os dados relativos ao bebê pré-termo. Neste ponto, o conjunto de todos os modelos explica 93,9% da variância da variável dependente. Para além disso, a variável independente não demonstrou resultados significativos ($p = .871$) (Anexo XVIII).

De seguida, foi realizada a análise entre a variável dependente QPC 3c e a variável independente – dados relativos ao bebé pré-termo –, na qual o conjunto dos modelos explica 72,6% da variância da variável dependente. Nesta análise, a variável independente não evidenciou um resultado significativo para a explicação da variância do QPC 3c ($p = .959$) (Anexo XVIII).

Aquando da análise entre a variável dependente QPC 4 e a variável independente (dados relativos ao bebé pré-termo), o conjunto dos modelos explica 85,2% da variável dependente. Observou-se também que não surgiram dados significativos da variável independente para a explicação da variância da variável dependente ($p = .411$) (Anexo XVIII).

Respeitante à análise da variável dependente QPC 5 com a variável independente dados relativos ao bebé pré-termo constatou-se que o conjunto dos modelos explica 74,9% da variância da variável dependente, porém não foram observados valores significativos entre esta e a variável QPC 5 ($p = .872$) (Anexo XVIII).

Com a variável dependente QPC 6 foi também realizada a análise com os dados relativos ao bebé pré-termo (variável independente) e verificou-se que o conjunto dos modelos explica 89,0% da variância da variável dependente. Posteriormente verificou-se também que a variável independente não tem um valor significativo para a explicação da variância da variável dependente ($p = .567$) (Anexo XVIII). Ainda na presente análise, como se pode observar na tabela abaixo, o modelo 1, respeitante aos dados sociodemográficos da mãe, oferece um contributo bastante significativo para a explicação da variável dependente ($p = .011$) e o modelo 6, relativo às subescalas da EADS-21, mais especificamente a ansiedade materna, tem um valor interessante para a explicação da variável dependente ($p = .086$) (Anexo XVIII).

Tabela 21: Análise de regressão, VD- QPC 6, VI- dados relativos ao bebé pré-termo

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro st. Da estimativa	Acréscimo de R ²	Acréscimo de F	gl 1	gl 2	Significância do acréscimo de F
1	.628	.394	.297	.418	.394	4.066	4	25	.011
2	.719	.517	.262	.428	.123	.804	6	19	.579
3	.797	.635	.119	.468	.119	.558	7	12	.776
4	.805	.649	-.019	.503	.013	.186	2	10	.833
5	.815	.665	-.216	.549	.016	.192	2	8	.829
6	.887	.786	.113	.469	.121	3.973	1	7	.086
7	.911	.829	.011	.496	.043	.636	2	5	.567

De seguida é analisado a variável dependente QPC 8 com a variável independente:

dados relativos ao bebé pré-termo. Nesta análise o conjunto dos modelos explica 54,1% da variância da variável dependente, sendo que a variância não aumenta significativamente devido à contribuição da variável dependente ($p = .673$) (Anexo XVIII).

Continuando a análise com a seguinte variável dependente, a variável QPC 9, verificou-se que, com a variável independente dados relativos ao bebé pré-termo, a totalidade dos modelos explica 83,9% da variância da variável dependente, porém a variável independente não contribui significativamente para a mesma ($p = .304$) (Anexo XVIII).

Relativamente, a análise realizada com a variável dependente QPC 10 e a variável independente, dados relativos ao bebé pré-termo, verificou-se que o total dos modelos explica 96,8% da variância da variável dependente, todavia a variável independente não contribui de modo significativo para a mesma ($p = .140$) (Anexo XVIII).

Por último, foi realizada a análise com a variável dependente QPC 11 e os dados relativos do bebé, como variável independente. Nesta análise devido ao facto da variável QPC 11 ser constante, não foi possível realizar o presente cálculo estatístico, impossibilitando assim, a verificação ou não da hipótese com a presente variável dependente (Anexo XVIII).

Concluindo, a Hipótese Específica 5 foi parcialmente confirmada tendo em conta que a variável independente evidenciou contribuições significativas para com duas variáveis dependentes, mais especificamente as variáveis *Apetite Geral* e *Resposta à Comida* (Anexo XVIII).

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Neste capítulo, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos, seguindo-se a sequência utilizada na análise de regressão. No entanto, considera-se que o mais relevante não é apresentar resultados significativos, mas que a presente investigação ofereça contributos importantes e possa inspirar os leitores para novos estudos num domínio tão promissor.

Tendo em conta as análises de regressão realizadas entre as variáveis em estudo, podemos afirmar que a primeira hipótese não se confirma, na medida em que as variáveis independentes stress, ansiedade e depressão das mães pré-termo não contribuem significativamente para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do comportamento alimentar e do padrão de choro. No entanto, quando se procede à regressão para a variável dependente padrão de choro com a variável independente *stress* observa-se valores explicativos para o ítem 11 que, avalia se as mães procuraram aconselhamento sobre o choro do bebé. Contudo, visto se tratar apenas de um ítem em nove, deste questionário, que utilizamos na nossa análise de regressão não podemos atribuir-lhe valor explicativo. Ao reflectir sobre este facto e, tendo em conta que os resultados das participantes da nossa amostra na subescala de *stress* são maioritariamente baixos, parece-nos claro que a esmagadora maioria da amostra não tenha procurado aconselhamento sobre o choro do bebé, na medida em que, geralmente, procuramos aconselhamento sobre factos ou situações que consideramos como elementos stressores.

Outras variáveis que revelam exercer poder explicativo sobre a percepção materna do temperamento do bebé, são as que dizem respeito aos dados do bebé, nomeadamente as complicações do bebé durante a gravidez, o tempo gestacional, o peso do recém-nascido e a idade do bebé. Esta relação revela-se bastante natural, na medida em que a existência de complicações do bebé durante a gravidez e o baixo peso do recém-nascido, geralmente, condicionam a forma da mãe perceber o seu filho, considerando-o logo à partida um ser mais frágil. Por outro lado, quanto menor a idade gestacional, mais frágil é, à partida, a saúde do bebé, o que muitas vezes influencia a forma como a mãe percebe o temperamento do seu bebé. E tal como já foi referido neste estudo, as “*expectativas parentais*” são consideradas por Mebert (1991), como o quarto componente que contribui para a categorização do tipo de temperamento do bebé.

Relativamente à segunda hipótese, conclui-se que esta se confirma parcialmente, na medida em que a *Satisfação Marital Global* contribui significativamente para justificar a percepção materna sobre o comportamento alimentar do bebé, na medida em que, através dos dados da nossa análise, se verifica que a variável resposta à comida revela poder explicativo. Pode-se especular que esta constatação implicará que as mães da nossa amostra sintam que têm menos tempo e disponibilidade para se dedicarem a outras tarefas da sua vida, para além das tarefas relacionadas com o bebé – por exemplo, poderem dedicar mais tempo ao parceiro, aos amigos e até mesmo à família em geral. Existem ainda outras variáveis que contribuem, em parte, para a explicação da percepção da mãe sobre o comportamento alimentar do bebé, nomeadamente como a mãe classifica a interacção e como a mãe classifica a participação do bebé na interacção. Esta relação já era previsível, uma vez que nos primeiros tempos de vida, a função alimentar constitui o ponto central das trocas entre mãe e bebé sendo percebida enquanto paradigma relacional da díade (Pego, Duarte, & Rodrigues, 1989). Outra das variáveis que revela ter influência na explicação da percepção materna sobre o comportamento alimentar do bebé são: as complicações do bebé durante a gravidez, o tempo gestacional, o peso do recém-nascido e a idade do bebé. Este facto prende-se com estarmos a referir-nos, por um lado, a variáveis que definem os critérios utilizados na definição de prematuridade (idade gestacional e peso), tal como referimos na revisão bibliográfica e, portanto, quanto maior a prematuridade, maior a imaturidade do sistema digestivo o que conduz a alterações ao comportamento alimentar normal do bebé. Por outro lado, as complicações do bebé durante a gravidez podem condicionar o estado posterior de saúde do bebé, o que naturalmente poderá contribuir para alterações do comportamento alimentar do bebé. Tal como vem descrito na vasta literatura nesta área, os problemas relacionados com a alimentação tendem a diminuir com o avançar dos meses (Hofacker & Papoušek, 1998), o que justifica que quanto maior a idade do bebé menores serão as alterações no comportamento alimentar do bebé e melhor será a percepção materna sobre o mesmo.

Em relação à hipótese específica 3, os dados da análise de regressão permitem concluir que esta não se confirma, na medida em que as variáveis independentes do domínio da percepção do apoio social das mães pré-termo não se revelam significativos para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes: percepção materna do temperamento do bebé, do comportamento alimentar e do padrão de choro. No entanto, através desta análise, verifica-se que outras variáveis contribuem para a explicação das variáveis dependentes.

Assim, no que concerne à percepção materna sobre o temperamento do bebé, verifica-se que as variáveis que avaliam como a mãe classifica a interacção e como a mãe classifica a participação do bebé na interacção influenciam a forma das mães da nossa amostra perceberem o temperamento dos seus bebés. Esta constatação vai de encontro às leituras realizadas e referidas neste estudo, das quais se pode destacar o estudo de Richard (1990, citado por Pereira, Matos, & Pires, 2003) que lhe permitiu concluir que algumas características do temperamento favorecem a homeostase no seio da díade, enquanto outras induzem uma patologia interaccional. Relativamente à percepção materna sobre o comportamento alimentar, apesar de esta hipótese não se confirmar, verificou-se a existência de outras variáveis que revelam ter algum poder de predição sobre a mesma. Entre estas destacam-se as variáveis relativas aos dados de identificação das mães da nossa amostra (a idade da mãe, estatuto conjugal, escolaridade e tipo de família) e os dados relativos ao bebé pré-termo (as complicações do bebé durante a gravidez, o tempo gestacional, o peso do recém-nascido e a idade do bebé), tal como se tinha verificado na análise das regressões da hipótese anterior. Estas variáveis também revelaram poder preditivo na explicação de ítems que avaliam o padrão de choro do bebé. Olafsen *et al.* (2007) faz referência ao facto das mães de bebés pré-termo mais novas manifestarem níveis mais elevados de *stress* parental, por terem menos recursos e estratégias para lidar com a situação e a uma menor capacidade para cuidar do bebé, o que poderá condicionar, também, a forma como percebe o comportamento do seu bebé, nomeadamente o comportamento alimentar. No que diz respeito ao nível de escolaridade, o mesmo autor, através do seu estudo, conclui que nos primeiros dias após o parto pré-termo são as mães com menos anos de escolaridade que manifestam níveis mais elevados de *stress* parental, em comparação com as mães com mais habilitações literárias. Por outro lado, o estatuto conjugal e o tipo de família, revelam se as mães vivem ou não com o companheiro e, portanto, dão alguma informação sobre as características do contexto familiar. São vários os estudos que referem que as características do contexto social e familiar determinam a forma como as exigências da parentalidade são percebidas e vividas pelos pais, conduzindo ao aumento do *stress* parental (e.g., Belsky, 1984; Abidin, 1992). Pelo facto de se estimar que todas estas variáveis contribuem para aumentar o *stress parental*, especula-se que o *stress* parental das mães, condicionará a forma como percebem o comportamento do seu bebé, nomeadamente o comportamento alimentar. No âmbito das variáveis que demonstram poder explicativo da percepção materna do padrão de choro do bebé, destaca-se, ainda: as complicações do bebé durante a gravidez; o tempo gestacional; o

peso do recém-nascido; a idade do bebé; a classificação materna da interacção com o seu bebé e, da participação do bebé na interacção; a ansiedade, a depressão e, o *stress* materno. Tal como descrito anteriormente, a literatura tem vindo a documentar a relação existente entre as complicações do bebé durante a gravidez, a prematuridade (que inclui nos critérios da sua definição baixo peso e idade gestacional inferior a 37 semanas) e as alterações comportamentais dos bebés pré-termo, o que tem repercussões na forma como as mães percebem o comportamento dos seus filhos considerando-os mais frágeis e vulneráveis (Linhares *et al.*, 2000), o que se torna susceptível de condicionar negativamente a interacção entre a figura parental e o bebé (Allen *et al.*, 2004). Consequentemente, este condicionamento negativo na interacção tem impacto direto sobre o comportamento infantil, estando a frequência e a duração do choro do bebé relacionadas com o comportamento materno (Hunziker & Barr, 1986; Lewis & Ramsay, 1999; Axia & Weisner, 2002). Por outro lado, e tal como referem Van den Bloom e Hoeksma (1994), as características temperamentais, relativas ao tipo/quantidade de gritos e choro e a variabilidade dos estados de vigília influenciam a interacção diádica e, induzem uma patologia interaccional (Richard, 1990, citado por Pereira, Matos, & Pires, 2003). Perante esta patologia interaccional prevê-se que as mães experienciam sentimentos de stress, depressão e ansiedade.

Quanto à quarta hipótese, relativa à relação dos acontecimentos obstétricos com a percepção materna do temperamento do bebé, pode-se afirmar que, também, é parcialmente confirmada, na medida em que as variáveis independentes relativas aos acontecimentos obstétricos contribuem significativamente para a explicação da variância estatística da percepção do temperamento do bebé. Este facto vai de encontro às leituras efectuadas. Tal como na testagem da hipótese 3, as análises de regressão realizadas para testar esta hipótese, também, revelam que as variáveis que avaliam como a mãe classifica a interacção e como a mãe classifica a participação do bebé na interacção influenciam a forma das mães da nossa amostra perceberem o temperamento dos seus bebés.

Relativamente à percepção materna sobre o comportamento alimentar, apesar da hipótese não se confirmar, o que mais se aproximou de ter algum poder de predição, foram as variáveis relativas aos dados de identificação das mães da nossa amostra, as relacionadas com os dados do bebé e as que dizem respeito à interacção entre a mãe e o bebé, tal como identificamos através da nossa análise de regressão na testagem da hipótese anterior.

Embora a hipótese também não se confirme em relação à percepção materna sobre o padrão de choro, verificou-se que as variáveis relacionadas com os dados da mãe e do bebê pré-termo contribuem para a sua explicação, assim como se tinha verificado na hipótese anterior. Para além destas, também, as variáveis que avaliam o suporte social percebido revelam poder explicativo da percepção materna do padrão de choro do bebê. De acordo com Dunst, Trivette e Jodry (1997), o suporte social e a existência de recursos de apoio influenciam a saúde e o bem-estar, os quais têm implicações no funcionamento familiar; por sua vez, o suporte, a saúde/bem-estar e o funcionamento familiar influenciam os estilos parentais e o tipo de cuidados com os filhos; e as anteriores, de uma forma independente ou combinada têm impacto no comportamento e desenvolvimento da criança. Assim, a relação entre o suporte social e o comportamento do bebê apresentada por estes autores apresenta uma hipótese explicativa para a relação encontrada, nos dados da nossa amostra.

Por último, podemos afirmar que a quinta hipótese, que diz respeito aos dados do bebê, foi parcialmente confirmada, na medida em que as variáveis relativas aos dados do bebê pré-termo contribuem significativamente para explicar a percepção materna sobre o comportamento alimentar do bebê, tal como se previu e fundamentou anteriormente (na discussão das hipóteses anteriores que apresentavam existir relação entre estas variáveis).

Constatou-se também a existência de outras variáveis que apresentam poder explicativo para a percepção materna sobre o comportamento alimentar do bebê, nomeadamente as variáveis relativas aos dados de identificação das mães da nossa amostra e as que dizem respeito à interacção entre a mãe e o bebê, tal como verificámos na hipótese anterior. Para além destas, podemos, ainda identificar uma relação entre esta variável dependente e as variáveis relacionadas com o suporte social percebido, o que se especula que esteja relacionado com o facto de o suporte social funcionar como factor protector da influência perturbadora dos stressores no bem-estar parental (McCubbin *et al.*, 1980; Belle, 1982; Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson, & Basham, 1983; Dunst, Trivette & Cross, 1988; Olson *et al.*, 1989, citados por Albuquerque, 2000). E tendo em conta que o nascimento de um bebê pré-termo é uma experiência traumática e desgastante, principalmente, para as mães, o que as torna menos responsivas, sensíveis e motivadas para este seu novo papel, o apoio da rede social à família de forma a estimular os pais, aparentemente menos competentes, a formar vínculo com os seus bebês, toma um papel preponderante no restabelecimento do equilíbrio emocional dos pais (Frank & Spencer, 2003). Rapoport e Piccinini (2002) também

afirmam que as mães com uma rede social mais sólida e que, por sua vez, podem ter as suas necessidades emocionais satisfeitas, tendem a manter uma interação mais sensível com o seu bebé, contribuindo, assim, para um maior envolvimento emocional com o seu bebé, identificando-se com ele e sendo sensível e responsiva às suas necessidades (Stern, 1997). Ao desenvolver todas estas competências a mãe contribuirá para o desenvolvimento saudável do seu bebé, o que se irá traduzir no comportamento do seu bebé, nomeadamente no comportamento alimentar.

Em relação à percepção materna sobre o temperamento do bebé, apesar da hipótese não se confirmar, o que mais se aproximou de ter algum poder de predição foram as variáveis que avaliam como a mãe classifica a interação e, como a mãe classifica a participação do bebé na interação, tal como se verificou nas hipóteses anteriores.

Relativamente à percepção materna sobre o padrão de choro, a hipótese também não se confirmou. No entanto, verificou-se que as variáveis relacionadas com os dados da mãe, tal como se constatou nas hipóteses anteriores, e as relativas às dimensões - ansiedade, depressão e stress materno, contribuem para explicar esta variável dependente, o que vai de encontro às leituras realizadas e descritas.

Concluindo, espera-se que este trabalho tenha contribuído para um maior conhecimento e compreensão das repercussões que a prematuridade pode ter no funcionamento psicológico das mães de bebés pré-termo e, por sua vez, de que forma é que estas podem influenciar a percepção materna sobre o temperamento, comportamento alimentar e padrão de choro do bebé. No entanto, é importante realçar que a prematuridade por si só, não tem de ser vista necessariamente como um factor causador de ansiedade, depressão e stress, apesar de ser uma situação de vida propensa a tal, pelo que se deverá, também, ter em consideração outros factores relevantes, nomeadamente os antecedentes obstétricos, o estado clínico e de desenvolvimento do bebé, o suporte conjugal, familiar e social, o investimento parental e a avaliação da interação mãe-bebé.

Tendo em conta que as limitações são transversais a toda a investigação, é extremamente importante descrever as limitações deste estudo como forma de alertar os leitores do mesmo que pretendam desenvolver investigações neste âmbito.

Em primeiro lugar, é essencial referir o tamanho reduzido da amostra, o qual se deve ao facto de se tratar de uma amostra com características específicas sendo, por isso, difícil de

alcançar, para além de todas as condicionantes associadas ao tempo despendido. O facto de os questionários serem preenchidos durante o tempo de espera para a consulta, também, pode ser considerado uma limitação, uma vez que o tempo era reduzido e as participantes poderiam não estar disponíveis para colaborar da mesma forma que estariam se o contexto fosse outro. De referir, ainda, o número de questionários aplicados que poderá ter sido desgastante e cansativo do ponto de visto psicológico levando a respostas intuitivas. Uma outra limitação está associada à falta de disponibilidade de muitas mães, uma vez que aceitavam participar no estudo, no entanto, acabaram por não devolver o caderno de dados, o que tornou a amostra recolhida reduzida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 407-412.

Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index - Manual* (3rd ed.). Odessa: Psychological Assessment Resources.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Albuquerque, M.C.P. (2000). *A criança com deficiência mental ligeira*. Lisboa: SNRIPD.

Allen, E. C., Manuel, J. C., Legault, C., Naughton, M. J., Pivor, C., & O'Shea, T. M. (2004). Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. *Pediatrics, 113*, 267-273.

Anderson, P., & Doyle, L. W. (2003). Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s. *JAMA, 24*, 3264-3272.

Antunes, M. (2008). *Relação conjugal no pós-parto: Diferenças de género*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Ashdown-Lambert, J. R. (2005). A review of low birth weight: Predictors, precursors and morbidity outcomes. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 125*, 76-83.

Axia, V., & Weisner, T. S. (2002). Infant stress reactivity and home cultural ecology of Italian infants and families. *Infant Behavior and Development*, 25(3), 255-268. doi: 10.1016/S0163-6383(02)00099-1.

Barratt, M.S., Roach, M.A., & Leavitt, L.A. (1992). Early channels of mother-infant communication: Preterm and term infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1193-1204. doi: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb00938.x

Barrett, L., Dunbar, R., & Lycett, J. (2002). *Human evolutionary psychology*. New York: Palgrave Macmillan.

Barry, L. M., & Singer, G. (2001). Reducing maternal psychological distress after the NICU experience through journal writing. *Journal of Early Intervention*, 24, 287 – 297.

Bates, J. E. (1980). The concept of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, 26(4), 299-319. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/23084040>.

Bates, J. E. (1987). Temperament in infancy. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development* (2nd ed., pp. 1101-1149). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Bates, J. E., & Bayles, K. (1984). Objective and subjective components in mothers' perceptions of their children from age 6 months to 3 years. *Merrill-Palmer Quarterly*, 30(2), 111-130. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/23086228>.

Bates, J. E., Freeland, C., & Lounsbury, M. L. (1979). Measurement of infant difficultness. *Child Development*, 50(3), 794. doi:10.1111/1467-8624.ep7250994.

Beckwith, L., & Rodning, C. (1991). Intellectual functioning in children born preterm. In L. Okagaki & R. J. Sternberg (Eds.), *Directors of development: Influences on the development of children's thinking* (pp. 25-59). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.

Belsky, J. (1997). Attachment, mating and parenting: An evolutionary interpretation. *Human Nature*, 8, 361-381. doi: 10.1007/BF02913039

Belsky, J. (2005). Social-contextual determinants of parenting. In R. E. Tremblay, R. G. Barr, & R. de V. Peters (Eds.), *Encyclopedia on early childhood development. Centre of Excellence for Early Childhood Development* (pp. 53-69). Montreal: Quebec. Development: <http://www.child-encyclopedia.com/en-ca/home.html>

Benzies, K. M., Harrison, M. J., & Magill-Evans, J. (2004). Parenting stress, marital quality, and child behavior problems at age 7 years. *Public Health Nursing*, 21,111-121.

Bonichini, S., Axia, G., St. James-Roberts, I., & DeCian, S. (2008). Infant crying and maternal holding in the first 2 months of age: An Italian diary study. *Infant and Child Development*, 17, 581-592. doi: 10.1002/icd.565

Botelho, T. M., & Leal, I. P. (2001). Sobre a prematuridade. In T. M. Botelho, & I. P. Leal (Eds.). *Personalidade materna e prematuridade* (pp. 64-98). Lisboa: Edições SNR.

Botelho, T. M., & Leal, I. (2007). A personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 127-142.

Bradley, R.H., Whiteside-Mansell, L. & Brisby, J.A. (1997). Parents Socioemotional Investment in Children. *Journal of Marriage and Family*, 59, 77-90. doi: 10.2307/353663

Brazelton, T.B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artmed.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (2004). *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T. B., & Nugent, K. (2011). *Neonatal behavioral assessment scale*. London: Mac Keith Press (Obra original publicada em 1995).

Bretherton, I., Biringer, Z., Ridgeway, D., Maslin, C., & Sherman, M. (1989). Attachment: The parental perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10, 203-222.

Campos, R. C. (2001). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1, 15-35.

Caprara, G., & Steca, P. (2006). The contribution of self-regulatory efficacy beliefs in managing affect and family relationships to positive thinking and hedonic balance. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 603-627. doi:10.1521/jscp.2006.25.6.603

Carvalho, A. E., Linhares, M. B., & Martinez, F. E. (2001). História do desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (<1.500g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 1-33.

Chatwin, S. L., & Macarthur, B.A. (1993). Maternal perceptions of the preterm infant. *Early Child Development and Care*, 87, 69-82. doi: 10.1080/0300443930870107

Clutton-Brock, T.H. (1991). *The evolution of parental care*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Correia, L. L., & Linhares, M. B. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 677-683.

Cowan, C., Cowan, P. A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W. S., Curtis-Boles, H., & Boles III, A. J. (1985). Transitions to parenthood: His, hers, and theirs. *Journal Of Family Issues*, 6(4), 451-481.

Cowan, C., & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44(4), 412-423.

Cox, S. M., Hopkins, J., Hans, S.L. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: neonatal risk status and maternal representations. *Infant mental health journal*, 21, 464 – 480.

Crnic, K.A., Greenberg, M.T., Ragozin, A.S., Robinson, N.M., & Basham, R.B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Development*, 54, 209-217.

Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (vol.5, pp. 243-267). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Cunha, M., Cadete, A., & Virella, D. (2010). Acompanhamento dos recém-nascidos de muito baixo peso em Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(4), 155-161.

Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, 73, 61-70.

Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 81,11-17. doi:10.1186/1471-2393-8-30

Dew, J., & Wilcox, W. (2011). If momma ain't happy: Explaining declines in marital satisfaction among new mothers. *Journal Of Marriage And Family*, 73(1), 1-12.

Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Jodry, W. (1997). Influences of social support on children with disabilities and their families. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 499-522). Baltimore: Paul H. Brooks.

Eriksson, B. S., & Pehrsson, G. (2002). Evaluation of psycho-social support to parents with an infant born preterm. *Journal of Child Health Care*, 6, 19-33.

Eriksson, B. S., & Pehrsson, G. (2005). Emotional reactions of parents after the birth of an infant with extremely low birth weight. *Journal of Child Health Care*, 9, 122 - 136.

Evans, T., Whittingham, K., & Boyed, R. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant Behavior and Development*, 35(1), 1-11.

Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebês*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Forcada-Guex, M. , Borghini, A., Pierrehumbert, B., Anserment, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Human Development*, 87, 21-26.

Frank, L., & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth*, 30. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00214.x

Gama, P. R., Macedo, L. A., Marra, E. M. O., & Silva, V. C. da (2001). Relação entre prematuridade e o baixo peso ao nascer com o nível socioeconómico, tabagismo materno e ingestão de álcool durante a gravidez. *Anais da 27ª Semana Científica Odontológica, Uberlândia, MG, Brasil*, 1, 122-122.

Gameiro, S., Martinho, B., Canavarro, M. C., & Moura-Ramos, M., (2008). Estudos Psicométricos da Escala de Investimento Parental na Criança. *Psychologica*, 48, 77-99.

Goldberg, S. (1983). Parent-Infant Bonding: Another look. *Child Development*, 54, 1355-1382.

Goldsmith, H., Buss, A., Plomin, R., Rothbart, M., Thomas, A., Chess, S., ... McCall, R. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58(2), 505-529. doi: 10.1111/1467-8624.ep7253747.

Golse, B. (2007). *O ser bebé*. Lisboa: Climepsi (Obra original publicada em 2006).

Gomes, A. L.H., Quayle, J, Neder, M., Leone, C., & Zugaib, M. (1997). Mãe-bebé pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. *Revista de Ginecologia & Obstetrícia*, 8 , 205-208.

Greenberger, E. & Goldberg, W.A. (1989). Work, parenting and the socialization of children. *Developmental Psychology*, 25, 23-35. doi: 10.1037/0012-1649.25.1.22

Guttman, J. J., & Lazar, A. A. (2004). Criteria for marital satisfaction: does having a child make a difference?. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 22(3), 147-156. doi:10.1080/026468304 10001723733.

Halpern, L. F., Brand, K. L., & Malone, A. F. (2001). Parenting stress in mothers of very-low-birth-weight (VLBW) and full-term infants: A function of infant behavioral characteristics and childrearing attitudes. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 93-104.

Hofacker, N. V., & Papoušek, M. M. (1998). Disorders of excessive crying, feeding, and sleeping: The Munich interdisciplinary research and intervention program. *Infant Mental Health Journal*, 19(2), 180-201.

Jenkins, J., Simpson, A., Dunn, J., Rasbash, J., & O'Connor, T. G. (2005). Mutual Influence of Marital Conflict and Children's Behavior Problems: Shared and Nonshared Family Risks. *Child Development, 76*(1), 24-39. doi:10.1111/j.1467-8624.2005.00827.x

Keltikangas-Järvinen, L., Elovainio, M., Kivimäki, M., Raitakari, O., Viikari, J., & Lehtimäki, T. (2007). Dopamine receptor D2 gene taq1A (C32806T) polymorphism modifies the relationship between birth weight and educational attainment in adulthood: 21-year follow-up of the cardiovascular risk in young finns study. *Pediatrics, 120*, 756-761.

Klaus, M.H., & Kennel, J.H. (1992). *Pais/bebé: a formação do apego*. Porto Alegre: Artmed.

Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Brasil. Editora artes médicas.

Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., ... Piha, J. (2009). Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development, 32*, 305-311.

Korja, R., Ahlquist-Bjorkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., ... Lapinleimu, H. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother-infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development, 33*, 330-336.

Lau, R. G. (2001). *Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery* (Ph.D. Thesis. Department of Human Movement, Recreation and Performance, Faculty of Human Development, Victoria University). Retrieved from <http://vuir.vu.edu.au/228/1/02whole.pdf>

Lawrence, E., Rothman, A. D., Cobb, R. J., Rothman, M. T., & Bradbury, T. N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal Of Family Psychology*, 22(1), 41-50. doi:10.1037/0893-3200.22.1.41

Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artmed.

Lester, B. M., & LaGasse, L. L. (2009). Crying. In J. B. Benson & M. M. Haith (Eds.), *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood* (pp. 80-90). Oxford: Academic Press.

Lewis, M., & Ramsay, D. (1999). Effect of maternal soothing on infant stress response. *Child Development*, 70(1), 11-20. doi: 0009-3920/99/7001-0002.

Lindberg, B. (2007). *Father's experience of having an infant born prematurely*. (Licentiate Thesis. Division of Nursing, Department of Health Sciences, Luleå University of Technology). Retrieved from <http://epubl.ltu.se/1402-1757/2007/60/LTU-LIC-0760-SE.pdf>

Linhares, M.B.M. (2003). Prematuridade, risco e mecanismos de protecção do desenvolvimento. *Temas sobre desenvolvimento*, 12, pp.18-24. Suplemento especial.

Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 10, 60-69.

Lira, M. M. F. de L. (2006). Atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva neonatal. In P. R. Margotto (Ed.), *Assistência ao recém-nascido de risco* (2rd., pp. 122-124). Brasília: Quick Printer.

Machado, K. C. B. Teixeira, L. L., & Sá, F. E. (2008). Perfil clínico dos recém-nascidos com retinopatia da prematuridade em um hospital público do Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21, 47-54.

Magagnin, C., Körbes, J., Hernandez, J. E., Cafruni, S., Rodrigues, M., & Zarpelon, M. (2003). *Da conjugalidade à parentalidade: Gravidez, ajustamento e satisfação conjugal*. *Aletheia*, 17, 1841-52.

Magill-Evans, J., & Harrison, M. J. (2001). Parent-child interactions, parenting stress, and developmental outcomes at 4 years. *Children's Health Care*, 30, 135- 150.

Maldonado, M.T. (1989). *Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família*. Petrópolis: Vozes.

Martinet, S. (2008). A prematuridade. In F. Bayle & S. Martinet (Eds.), *Perturbações da parentalidade* (pp. 113-120). Lisboa: Climepsi.

Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Situações clinica frequentes. Manual de psicopatologia do recém-nascido* (pp. 263-280). Porto Alegre: Artmed.

Mebert, C. (1991). Dimensions of subjectivity in parent's ratings of infant temperament. *Child Development*, 62(2), 352-361. doi: 10.1111/1467-8624.ep9104222725.

Medina, A., Lederhos, C. L., & Lillis, T. A. (2009). Sleep disruption and decline in marital satisfaction across the transition to parenthood. *Families, Systems, & Health*, 27(2), 153-160. doi:10.1037/a0015762

Mehall, K. G., Spinrad, T. L., Eisenberg, N., & Gaertner, B. M. (2009). Examining the relations of infant temperament and couple's marital satisfaction to mother and father involvement: A longitudinal study. *Fathering*, 7(1), 23-48. Doi: 10.3149/fth.0701.23

Meijer, A., & van den Wittenboer, G. H. (2007). Contribution of infants' sleep and crying to marital relationship of first-time parent couples in the 1st year after childbirth. *Journal Of Family Psychology, 21*(1), 49-57. doi:10.1037/0893-3200.21.1.49

Mendelsohn, A. (2005). Recovering reveri: using infant observation in interventions with traumatized mothers and their premature babies. *Infant Observation, 8*, 195-208. doi: 10.1080/13698030500375693

Miceli, P. J., Goeke-Morey, M., Whitman, T. L., Kolberg, K. S., Miller-Loncar, C., & White, R. D. (2000). Brief report: Birth status, medical complications, and social environment: Individual differences in development of preterm very low birth weight infants. *Journal of Pediatric Psychology, 25*, 353-358.

Niven, C., Wiszniewski, C., & Alroomi, L. (1993). Attachment (bonding) in mothers of pre-term babies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 11*, 175-185. doi: 10.1080/02646839308403214

Olafsen, K. S., Ronning, J. A., Dahl, L. B., Ulvund, S., Handegårdi, B. H., & Kaaresen, P. (2007). Infant responsiveness and maternal confidence in the neonatal period. *Scandinavian Journal of Psychology, 48*, 499-509.

Pancer, S., Pratt, M., Hunsberger, B., & Gallant, M. (2000). Thinking ahead: Complexity of expectations and the transition to parenthood. *Journal Of Personality, 68*(2), 253-280. doi:10.1111/1467-6494.00097

Pedrosa, A., Canavarro, M. C., Oliveira, C. M., Ramos, M. M., & Monteiro, S. O. (2005). Prematuridade e transição para a parentalidade: Comparação da percepção de stress e impacto emocional em mães e pais de bebés prematuros. *Iberpsicología, 10*, 2.

PerryJenkins, M., & Claxton, A. (2011). The transition to parenthood and the reasons “Momma Ain’t Happy”. *Journal Of Marriage And Family*, 73(1), 23-28. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00785.x

Rabelo, M. Z. da S., Chaves, E. M. C., Cardoso, M. V. L. M. L., & Sherlock, M. do S. M. (2007). Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20, 333-337.

Rabouam, C., Morales-Huet, M. (2003). Cuidados parentais e vinculação. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Eds.), *Vinculação: conceitos e aplicações* (pp. 71-85). Lisboa: Climepsi.

Rapoport, A. (2003). *Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê: apoio social e ingresso na creche*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2002). A escolha do cuidado alternativo para o bebê e a criança pequena: uma situação sempre difícil. *Estudos de Psicologia* (submetido para publicação).

Ribeiro, T. (2002). *Da diversidade do masculino e do feminino à singularidade do casal*. Tese de Doutorado em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Robson, A. L. (1997). Low birth weight and parenting stress during early childhood. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 297 - 311.

Rork, K. E. (2007). *An examination of parenting strategies, attitudes, and stress in foster and biological parents of young children* (Doctoral Dissertation, Eberly College of Arts and Sciences, West Virginia University). Retrieved from <http://www.researchgate.net>

Rosenblatt, D. (1997). Premature Babies. In A. Baum, S. Newman, et al. (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 565-568). Cambridge: Cambridge University Press.

Rothbart, M. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, 52(2), 569-578. doi:10.1111/1467-8624.ep8860473

Rothbart M. K., & Gartstein, M. A. (2009). Temperament. In J. B. Benson & M. M. Haith (Eds.), *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood* (pp. 480-495). Oxford: Academic Press.

Scochi, C. G. S., Costa, I. A. R., & Yamanaka, N. M. A. (1996). Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: Um panorama geral. *Acta Paulista de Enfermagem*, 9, 91-101.

Sheras, P.L. & Koch-Sheras, P.R. (2006). Redefining couple: Shiting the paradigm. In P.L. Sheras & P.R. Koch-Sheras (Eds.), *Couple power therapy: bulding commintment, cooperation, communication, and community in relationships*, (pp.19-39). Washingt, DC: American Psychological Association.

Singer, L., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA*, 281, 799-805.

Souza, N., Araújo, A., Azevedo, G., Jerónimo, S., Barbosa, L., & Sousa, N. (2007). Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. *Revista Saúde Pública*, 41, 704-710.

Souza, N.L., Araújo, A.C.P.F., Costa, I.C.C., Carvalho, J.B.L., & Silva, M.L.C. 2009. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira Enfermagem*, 62(5):729-733.

St. James-Roberts, I., & Plewis, I. (1996). Individual differences, daily fluctuations, and developmental changes in amounts of infant waking, fussing, crying, feeding, and sleeping. *Child Development, 67*(5), 2527-2540. doi: 0009-3920/96/6705-0035\$01.00.

Stern, D.N. (1997). *A Constelação da Maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebés*. Porto Alegre: Artmed.

Szelbracikowski, A. C., & Dessen, M. A. (2007). Problemas de comportamento exteriorizado e as relações familiares: Revisão de literatura. *Psicologia em Estudo, 12*, 33-40.

Taubman-Ben-Ari, O., Findler, L., & Kuint, J. (2010). Personal growth in the wake of stress: The cases of mothers of preterm twins. *The Journal of Psychology, 44*(2), 185-204.

Thoman, E. B., Acebo, C., & Becker, P. T. (1983). Infant crying and stability in the mother–infant relationship: A systems analysis. *Child Development, 54*(3), 653-659. doi: 10.1111/1467-8624.ep8595042.

Thompson, N. S., Olson, C., & Dessureau, B. (1996). Babie's cries: Who's listening? Who's being fooled? *Social Research, 63* (3), 763-784.

Tommiska, V., Heinonen, K., Lehtonen, L., Renlund, M., Saarela, T., ... Tammela, O. (2007). No improvement in outcome of nationwide extremely low birth weight infant populations between 1996–1997 and 1999–2000. *Pediatrics, 119*, 29-36.

Trevarthen, C. (2001). Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*(1/2), 95-131.

Twenge, J. M., Campbell, W., & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal Of Marriage And Family*, 65(3), 574-83.

Van den Bloom, D. C., & Hoeksma, J. B. (1994). The effect of infant irritability on mother-infant interaction: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 30(4), 581-590. doi: 10.1037/0012-1649.30.4.581.

VandenBos, G.R. (Ed.). (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

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

Vessey, J., & Knauth, D. G. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), 169.

Winnicott, D. W. (1966). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1957).

Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. *Da Pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Imago Editores. (Original publicado em 1956).

Wirth, A.F. (2000). Aplicação do método de observação de bebês na UTI Neonatal, In: Caron, N.A. (Ed), *A relação pais-bebê, da observação à clínica* (pp. 207-232). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Worthington, E. L., Jr., & Buston, B. G. (1986). The marriage relationship during the transition to parenthood: A review and a model. *Journal Of Family Issues*, 7(4), 443-473.

