

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O Impacto dos estados emocionais negativos maternos na
vinculação materna pós-natal em mães de bebés pré-termo**

Andreia Sofia Fonseca de Oliveira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2012

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



O Impacto dos estados emocionais negativos maternos na vinculação materna pós-natal em mães de bebés pré-termo

Andreia Sofia Fonseca de Oliveira

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2012

Agradecimentos

Ao Professor Doutor João Justo,
sempre disponível para me escutar e esclarecer as dúvidas, sempre com uma palavra
positiva, um encorajamento, um livro para emprestar para enriquecer o meu trabalho, uma
solução para os meus, aparentemente, insolúveis problemas.

À Unidade de Cuidados Neonatais da Maternidade Dr. Alfredo da Costa,
pela disponibilidade, e pelo apoio durante todo o processo de recolha, essencial à
realização deste projecto.

A todas as mães envolvidas nesta investigação, pelo contributo, pela paciência e pela
honestidade das respostas.

À Amie pela preocupação, pelo interesse, pela ajuda.

To my lovely dear.

À Carlinha pela orientação e carinho quando me senti mais perdida e vagabundear pelos
meus pensamentos e dificuldades.

Aos meus gémeos,
a experiência de os saber a crescer na barriga da minha mãe e o facto de terem nascido pré-
termo foi o propulsor do meu interesse por este assunto. Também porque sem o Pedro
nunca me desenrasco com “as cenas da informática” e sem a Inês não há endless
conversations nem pretty drawings.

Aos meu pais,
criaturas magnificamente belas e incomparavelmente generosas que me apoiaram desde sempre, e cada dia um pouco mais. É o maior e mais importante agradecimento que tenho a fazer. Foi neles que recolhi inspiração para este trabalho, foi nas confissões da minha mãe que me interessei por esta temática. Foi no ombro de ambos que muitas vezes desmorenei, chorei e me ergui de novo, a sua ajuda nunca me deixou desabar por completo ou perder de vista o meu objectivo principal. Agradeço o amor e apoio incondicionais com que conto para o resto da minha vida.

Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.

(Ricardo Reis, Odes)

Resumo

Objectivo: O objectivo principal desta investigação é verificar o impacto dos estados emocionais negativos maternos na forma como a mãe se vincula ao seu bebé enquanto este se encontra internado nas Unidades de Cuidados Neonatais.

Amostra: Mães (N = 40) de bebés pré-termo internados nas enfermarias de cuidados neonatais da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Instrumentos: Após a obtenção do Consentimento Informado, foi pedido a cada participante que preenchesse um Questionário Sociodemográfico e Clínico, seguido da Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN), de uma Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) e da Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC).

Hipóteses: Formularam-se três hipóteses onde se defendia que as dimensões da vinculação materna pós-natal poderiam ser explicadas pelos estados emocionais negativos das mães dos bebés pré-termo.

Tratamento estatístico: Realizaram-se seis análises de regressão onde as subescalas da vinculação materna pós-natal constituíam a variável dependente e os dados sociodemográficos, clínicos, de satisfação conjugal e dos estados emocionais maternos constituíam as variáveis independentes.

Resultados: As três hipóteses foram parcialmente confirmadas, destacando-se a contribuição dos estados emocionais negativos e das características do bebé para a explicação da dimensão da vinculação materna pós-natal Sentimentos na Interação.

Conclusão: Os dados obtidos permitem concluir que os estados emocionais negativos maternos, bem como as características do bebé pré-termo e, também, a qualidade do relacionamento conjugal parecem influenciar a qualidade do vínculo que a mãe estabelece com o seu bebé recém-nascido pré-termo.

Palavras-Chave: Vinculação materna pós-natal, Prematuridade, Ansiedade, Depressão, Stress

Abstract

Objective: The main goal of this research is to verify the impact of maternal negative emotional states upon mothers' attachment towards their babies whilst staying at neonatal care units.

Sample: Mothers (N = 40) of preterm babies hospitalized at Maternidade Dr. Alfredo da Costa neonatal care units.

Instruments: After Informed Consent was obtained, each participant was asked to fill a Sociodemographic and Clinical Questionnaire, followed by the Portuguese version of the Maternal Post-Natal Attachment Scale (MPNAS), the Portuguese version of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS), and the Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC).

Hypothesis: Three hypothesis were developed where dimensions of maternal postnatal attachment were to be explained by the emotional negative states of mother's having preterm babies.

Statistical analysis: Six regression analysis were performed where subscales of maternal postnatal attachment played the role of dependent variables and the sociodemographical, clinical, marital satisfaction and maternal emotional states data played the role of independent variables.

Results: The three hypotheses were partially confirmed, highlighting the contribution of maternal negative emotional states and of preterm infant characteristics for the explanation of the maternal postnatal attachment dimension Feelings on the Interaction.

Conclusion: The obtained data allows us to conclude that the maternal negative emotional states, as well as the characteristics of the infant, and also the quality of marital relationships seem to influence the quality of the attachment that a mother establishes with her newborn preterm baby.

Key-words: Postnatal Maternal Attachment, Prematurity, Anxiety, Depression, Stress

Índice

1. Enquadramento Teórico	1
1.1 A Vinculação Materna	1
1.2 A Vinculação Materna em mães de bebés pré-termo	6
1.3 Factores Facilitadores e Dificultadores da ligação da mãe ao seu bebé pré-termo	11
1.3.1 Aspectos Intrapsíquicos	11
1.3.1.1 Ansiedade	11
1.3.1.2 Depressão	13
1.3.1.3 Stress	15
1.3.2 Aspectos Externos	17
1.3.2.1 Características da Mãe	17
1.3.2.2 Características do Bebé	19
1.3.2.3 Características Socioeconómicas	21
2. Objectivos e Hipóteses	24
2.1 Objectivo Geral	24
2.2 Hipótese Geral	24
3. Método	25
3.1 Definição de Variáveis	25
3.2 Operacionalização de Variáveis	25
3.2.1 Questionário Sociodemográfico	25
3.2.2 Escala de Vinculação Materna Pós-Natal	25
3.2.2.1 Caracterização Psicométrica da EVMPN na amostra do presente estudo	26
3.2.3 Escala de Ansiedade Depressão e Stress	26
3.2.3.1 Caracterização Psicométrica da EADS na amostra do presente estudo	28
3.2.4 Escala de Avaliação da Satisfação de Áreas da Vida Conjugal	28
3.2.4.1 Caracterização Psicométrica da EASAVIC na amostra do presente estudo	29
3.3 Hipóteses Específicas	29
3.4 Procedimento	30
3.5 Amostra	30
3.5.1 Selecção da Amostra	30

3.5.2 Caracterização da Amostra	31
3.5.2.1 As Participantes	31
3.5.2.2 A Vida Reprodutiva	33
3.5.2.3 O Parto	35
3.5.2.4 Os Bebés	37
3.5.2.5 O Companheiro	39
4. Resultados	40
4.1 Teste de Hipóteses	41
4.1.1 Teste da Hipótese Específica 1	42
4.1.2 Teste da Hipótese Específica 2	43
4.1.3 Teste da Hipótese Específica 3	44
5. Discussão de Resultados e Principais Conclusões	46
6. Bibliografia	50

Índice de Tabelas

Tabela 1. Nacionalidade.....	31
Tabela 2. Estatuto Conjugal.....	31
Tabela 3. Estatuto Laboral.....	32
Tabela 4. Vive com o pai do bebé e está com ele.....	33
Tabela 5. Relação com o pai e apoiada pelo pai.....	33
Tabela 6. Gravidez planeada, desejada e vigiada.....	34
Tabela 7. Problemas na gravidez e tipo de problemas.....	34
Tabela 8. Preferência pelo sexo do bebé.....	35
Tabela 9. Tipo de parto.....	35
Tabela 10. Cesariana planeada e motivo.....	36
Tabela 11. Motivo do parto pré-termo.....	36
Tabela 12. Apoio no trabalho de parto e quem.....	37
Tabela 13. Sexo do bebé.....	37
Tabela 14. Cuidados Neonatais.....	38
Tabela 15. Amamentação, tirada de leite e razão da não amamentação.....	38
Tabela 16. Estatuto conjugal e laboral.....	39
Tabela 17. Análise de Regressão da HE1.....	42
Tabela 18. Análise de Regressão da HE1.....	42
Tabela 19. Análise de Regressão da HE2.....	43
Tabela 20. Análise de Regressão da HE2.....	44
Tabela 21. Análise de Regressão da HE3.....	44
Tabela 22. Análise de Regressão da HE3.....	45

Índice de Anexos

- Anexo I – Caracterização da Amostra (Dados da Nacionalidade e da Idade)
- Anexo II – Caracterização da Amostra (Dados do Relacionamento, do Casamento e dos Filhos)
- Anexo III – Caracterização da Amostra (Graffar Nivel SócioEconómico)
- Anexo IV – Caracterização da Amostra (Dados do Agregado Familiar, do Pai Bebe e dos Apoios)
- Anexo V – Caracterização da Amostra (Dados da Gravidez)
- Anexo VI – Caracterização da Amostra (Dados do Parto)
- Anexo VII – Caracterização da Amostra (Dados do Bebe)
- Anexo VIII – caracterização da Amostra (Visitas, Pegas, Cuidados, Festinhas)
- Anexo IX – Caracterização da Amostra (Dados da Amamentação)
- Anexo X – Caracterização da Amostra (Dados do Companheiro)
- Anexo XI – Consistência Interna da Ausência de Hostilidade (EVMPN)
- Anexo XII – Consistência Interna do Prazer na Interacção (EVMPN)
- Anexo XIII – Consistência Interna do Prazer na Interacção 9,11,13 (EVMPN)
- Anexo XIV – Consistência Interna da Qualidade da Vinculação (EVMPN)
- Anexo XV – Consistência Interna da Qualidade da Vinculação 2 (EVMPN)
- Anexo XVI – Consistência Interna da Qualidade da Vinculação 4, 5, 6 – Sentimentos na Interacção (EVMPN)
- Anexo XVII – Consistência Interna da Qualidade da Vinculação 3, 7i, 10i – Sentimentos em Relação ao Bebê (EVMPN)
- Anexo XVIII – Consistência Interna da Escala Total (EADS)
- Anexo XIX – Consistência Interna Total Somatório Subescalas (EADS)
- Anexo XX – Consistência Interna da Escala Total (EASAVIC)
- Anexo XXI – Consistência Interna do Total das Subescalas (EASAVIC)
- Anexo XXII – Análise de multicolinearidade
- Anexo XXIII – Estudo do ajustamento à distribuição normal
- Anexo XXIV – Regressão Linear Qualidade Vinculação 4,5,6 – Sentimentos na Interacção (Escala Total e SubEscalas)
- Anexo XXV – Regressão Qualidade Vinculação 3,7i,10i – Sentimentos em Relação ao Bebê (Escala Total e SubEscalas)
- Anexo XXVI – Regressão Prazer na Interacção 9,11,13 (Escala Total e Subescalas)

1. Enquadramento Teórico

1.1 A Vinculação Materna

Na investigação actual das relações precoces há uma dimensão que se tem destacado, a vinculação da mãe ao bebé. Tem-se mostrado que a qualidade da interacção precoce mãe-bebé é um forte preditor da segurança da vinculação e que a sua qualidade tem efeitos duradouros durante a infância (Sroufe, Fox, & Pancake, 1983). As interacções diádicas precoces têm um potencial impacto a longo prazo no desenvolvimento da criança (Udry-Jørgensen, Pierrehumbert, Borghini, Habersaat, Forcada-Guex, Ansermet, & Muller-Nix, 2011). Durante os três primeiros meses de vida, a qualidade da interacção mãe-bebé é um forte preditor do desenvolvimento infantil e, em conjunto com factores psicológicos e orgânicos explica, parcialmente, a variância no desenvolvimento mental e motor de crianças com factores de risco biológicos e sociais (Esser, Laucht, Schmidt, Löffler, Weiser, Stöhr, et al., 1990). Sugere-se que a ligação que a mãe estabelece com a criança é essencial para que esta se vincule e que, quanto mais cedo se iniciar o contacto melhor é o processo vincutivo (Feldman, Weller, Leckman, Kuint, & Eidelman, 1999).

A teoria da vinculação, desenvolvida por John Bowlby (1969/1982, 1973, 1980), postula “a necessidade humana e universal de os indivíduos desenvolverem ligações afectivas preferenciais e duradouras de proximidade ao longo da vida, com o objectivo de atingirem a segurança que lhes permita explorar, com confiança, o Self, os outros e o mundo”. Está entre as características fundamentais da experiência humana e é um vector central no desenvolvimento do sujeito ao longo da vida (Bretherton, 1985; Hofer, 1995a). A vinculação é o meio, através do qual, a criança vê suprimidas as suas necessidades emocionais. A natureza desta relação precoce tem um impacto significativo no futuro desenvolvimento psicossocial da criança (Macey & Harmon, 1987).

Nos últimos anos do século XX, George e Solomon (1999) destacaram a importância do estudo da ligação da mãe ao seu bebé e não apenas o inverso. Designaram-na de *maternal attachment*, e tem subjacente a ideia de que existe uma interdependência entre o sistema de vinculação da mãe e o sistema de vinculação do bebé. A mãe desenvolve predisposições internas, designadas de *bonding*, que beneficiam da proximidade com o recém-nascido e asseguram a sua sobrevivência. O bebé também participa neste acontecimento, na medida em que põe em marcha uma vasta gama de comportamentos como o choro e o sorriso que são verdadeiros “*desencadeadores sociais de respostas instintivas da mãe*” (Bowlby 1976, p.139) e impulsionam a indispensável função de ligar o

bebé à mãe e de ligar a mãe ao bebé. A vinculação materna estabelece-se na dependência do que acontece durante o parto. Uma das evidências com maior base empírica na literatura é de que a dor e o mal-estar durante o parto são capazes de afectar negativamente a disponibilidade da mãe para se vincular de imediato ao seu bebé. Porém, a presença de um adulto capaz de dar apoio afectivo coadjuva uma experiência de parto mais positiva e promove o envolvimento emocional materno com o recém-nascido (Figueiredo, 2003 in Leal, 2005). A análise das dimensões psicológicas que determinam a vinculação materna circunscreve-se, essencialmente, no impacto do estilo de vinculação da mãe no envolvimento emocional com o bebé.

Estudos empíricos observam que as mães que gozam de relações mais positivas e mais íntimas e beneficiam de um maior apoio por parte do companheiro têm, geralmente, um envolvimento mais auspicioso com o filho. Esta situação também se verifica com mães que possuem uma representação segura de vinculação, uma vez que se observa serem capazes, não só de um maior envolvimento emocional, como também, de estabelecer interacções mais adequadas com o bebé, favorecendo o seu desenvolvimento.

Klaus e Kennell (1976) introduziram o termo *bonding* para sublinhar a importância do vínculo único, específico e duradouro que se estabelece entre a mãe e o bebé desde o primeiro contacto. Segundo estes autores, os momentos que se seguem ao parto são críticos e de importância vital na formação do *bonding*, facilitado pela presença do bebé. Quando, durante os primeiros dias do pós-parto, se favorece a proximidade e o contacto corpo a corpo, o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido é beneficiado, tanto quanto o estabelecimento de uma interacção adequada que conduz a um melhor desenvolvimento da criança (Figueiredo, 2003 in Leal, 2005). Mais exactamente observa-se que providenciar as condições para o contacto corpo-a-corpo da mãe e do bebé, imediatamente após o parto, tem efeitos positivos na proximidade, no envolvimento emocional e na interacção da mãe com o recém-nascido, revertendo-se num desenvolvimento mais favorável da criança (Figueiredo, 2003 in Leal, 2005). O recém-nascido tem o enorme poder de desencadear e activar o *bonding*; as suas competências interactivas, designadamente o facto de ser capaz de estabelecer contacto visual e reproduzir determinadas expressões faciais como o sorriso, permitem a activação do desenvolvimento emocional materno, com efeitos ao nível da vinculação em ambos os sentidos (Figueiredo, 2001, 2003). À medida que a criança faz uma escolha mais clara da mãe enquanto objecto privilegiado do seu universo relacional, é mais fácil para esta sentir-se ligada à criança, o que atesta a interdependência dos sistemas de vinculação de ambos (Figueiredo, 2003 in

Leal, 2005). Diferenças no *bonding* foram também observadas consoante o tipo de parto. A ligação da mãe ao bebé é favorecida num parto vaginal simples, em relação ao que acontece numa cesariana, no seguimento da qual se observa uma reacção inicial menos positiva para com o recém-nascido. Porém, a razão para esta evidência empírica pode residir, não no tipo de parto em si, mas no facto de ser maior o espaço de tempo que decorre entre a cesariana e o primeiro contacto com o filho, o que dificultaria o envolvimento emocional da mãe. A ligação da mãe ao bebé é, ainda, favorecida num parto vaginal simples, em relação ao que acontece nos partos instrumentais e nos partos com analgesia epidural. Aos partos instrumentais (fórceps e ventosas) associam-se níveis mais elevados de cortisol, observados nas mães e nos recém-nascidos, o que atesta que são acontecimentos altamente stressantes para ambos e passíveis de comprometer a disponibilidade inicial para a vinculação. Por sua vez, as mães submetidas a analgesia epidural, quando comparadas com as que não recorreram a analgesia, apresentam valores significativamente menos elevados de oxitocina no sangue, o que não favorece a vinculação. O estado do recém-nascido é, também, afectado negativamente pela analgesia de parto, com o bebé a revelar-se muito menos interactivo com um previsível prejuízo no estabelecimento do envolvimento emocional na díade (Figueiredo, 2003 in Leal, 2005). Observa-se que o *bonding* tem sido fundamentalmente descrito como sendo constituído por dois aspectos: a preocupação com a segurança e bem-estar do bebé (e.g., Winnicott, 1956); e o vínculo único e selectivo, o investimento emocional e o espaço mental que o bebé ocupa no universo representativo dos pais (e.g., Stern, 1995). A maioria dos autores sugere que o *bonding* se caracteriza por um conjunto único de predisposições mentais e por um repertório comportamental, ambos dirigidos à manutenção da proximidade psicológica e física com a criança, imprescindível à sua sobrevivência (e.g., Bowlby, 1958/1976; George & Solomon, 1999).

A vinculação dos pais ao seu bebé não é instantânea nem automática, é um processo contínuo para que haja a consciencialização das suas complexidades e possíveis percalços (Brazelton, 1981). Winnicott (1956), um dos primeiros autores a observar a existência de uma predisposição particular das mães nos momentos que se seguem ao parto, em relação ao bebé, a “preocupação maternal primária”, liga uma elevada preocupação com o bem-estar do recém-nascido com a correcta identificação das suas necessidades reais (físicas e psicológicas), o que conduz à satisfação imediata e adequada das mesmas o que garante o bom desenvolvimento do bebé. Esta “condição” refere-se ao envolvimento de tipo obsessivo-compulsivo da mãe com o bebé e a tudo o que lhe diz respeito, com

pensamentos de verificação do bebê, comportamentos ritualísticos durante a amamentação e a prestação dos cuidados, e uma centração mental exclusiva no bebê. Winnicott refere que, apesar de estes níveis elevados de obsessividade serem indicativos de um distúrbio em qualquer outra altura da vida, durante o puerpério não só constitui um comportamento típico como crítico na formação da vinculação materna. A incapacidade de a mãe ficar exclusivamente preocupada com o bebê é considerada um sinal de risco para o estabelecimento da relação. Espera-se que a preocupação maternal primária aumente entre as mães que experienciam a separação inicial do seu bebê. Naquelas que experienciam uma separação prolongada e uma potencial perda do bebê os sinais da vinculação diminuem, sendo expressos em níveis mais baixos de preocupação e na diminuição da frequência de comportamentos vinculativos e representações mentais. Existe a possibilidade de a presença de um pai poder contribuir para a segurança do vínculo, apenas o suficiente para fazer com que estes vínculos sejam marginalmente seguros, já que não é suficiente para que desenvolvam um vínculo totalmente seguro (Goldberg, Perrotta, Minde, & Corter, 1986). O vínculo que se forma com outro indivíduo é muito menos específico, sendo a formação da relação precoce entre mãe e filho o protótipo de todas as relações futuras (Thomaz, Lima, Tavares, & Oliveira, 2005).

Bowlby (1960a, b) propôs uma ligação entre a ansiedade e a elevada preocupação na separação e entre a depressão e a ruptura da relação vinculativa. Sugere que os traços de personalidade estáveis do indivíduo e os estados de humor estabilizam com base nas experiências precoces com a figura vinculativa e serão generalizadas aos relacionamentos vinculativos futuros. Na sua famosa trilogia – Vinculação, Separação e Perda – Bowlby (1969, 1973, 1980) sugere que o comportamento do bebê deve ser compreendido tendo em conta a distância e a proximidade da mãe. Uma distância inicial (separação) provoca protestos e a intensificação dos comportamentos vinculativos; uma distância crónica (perda) resulta em desespero e no desaparecimento ou desistência do complexo vinculativo. A separação leva a um aumento na reactividade comportamental e autonómica, enquanto que uma perda resulta em níveis mais baixos de actividade. A sugestão de Hofer em 1995a, de que as condições de proximidade, separação e perda se expressam em configurações distintas do comportamento vinculativo, pode aplicar-se à vinculação. Em condições de proximidade, os componentes maternos de vinculação trabalham em sincronia para facilitar a formação de um laço preferencial e duradouro. Apesar de mães de bebês de termo, saudáveis e nascidos pela via vaginal referirem estar preocupadas com a existência de pensamentos e preocupações acerca da segurança e

desenvolvimento do bebé, pode observar-se que encontram geralmente estratégias de coping para lidar com os seus pensamentos stressantes. Por essa razão, as dificuldades dos cuidados a um recém-nascido, são moderadas pela experiência prazerosa da formação de um laço. Por outro lado, uma separação prolongada era expressa num equilíbrio diferente entre os aspectos ansiogénicos e prazerosos da vinculação. A separação foi associada a ansiedade elevada não minimizada por um aumento comparável no componente relacional da vinculação. Feldman e colaboradores (1999), estudaram o efeito da proximidade, separação e ameaça de perda do filho na vinculação materna. Verificaram que no grupo de mães de bebés pré-termo em boas condições de saúde, separados a seguir ao parto, as mães apresentam um nível médio de preocupação acerca do bem-estar e segurança do recém-nascido, sendo que este nível aumenta sob o efeito de uma separação temporária, no grupo de mães de bebés pré-termo de muito baixo peso, a preocupação diminui significativamente sob o efeito de uma separação permanente e ameaça de perda. Verificaram, ainda, que os comportamentos de vinculação estão mais presentes nas mães de bebés nascidos a termo por parto eutócito que contactaram de imediato com o filho, e diminuem linearmente à medida que aumenta a duração do período de separação com o recém-nascido após o parto. Concluem que, enquanto as mães de bebés de termo experienciam um nível de preocupação médio, a separação do recém-nascido aumenta esse nível de preocupação. No entanto, se a separação se prolongar e se relacionar com uma possível perda o *bonding* diminui consideravelmente, o que para estas díades sugere risco no desenvolvimento de uma vinculação insegura (Figueiredo, 2005 in Leal, 2005). A hipótese de que a separação e a perda de proximidade ao bebé se relacionam com a intensificação ou inibição do comportamento vincutivo materno ainda não foi testada. Esta hipótese tem por base a suposição de que a formação do vínculo na mãe e no bebé se baseia em mecanismos semelhantes, moderados pelo mesmo sistema psicológico (Insel, 1997). A proximidade, a separação e a perda são, por isso, vistas como diferentes configurações de mecanismos reguladores: a) a proximidade refere-se à função sincrónica dos vários reguladores na manutenção da homeostase biológica; b) a separação é vista como um período dinâmico em que os comportamentos vincutivos se intensificam em relação a uma separação inicial; c) a perda indica um estado biocomportamental alterado após uma separação prolongada (Feldman et al., 1999).

1.2 – A Vinculação Materna em mães de bebês pré-termo

Prematuridade refere-se a nascimentos antes das 37 semanas de gestação. Embora a maturidade seja o melhor preditor da gravidade das doenças neonatais e dos resultados a longo prazo, o tempo de gestação nem sempre é um medidor fiável. Os estudos geralmente referem-se a categorias de peso ao nascer: a) Peso Extremamente Baixo ao nascer (PEB <1000gr; cerca de 23 a 27 semanas de gestação); b) Peso Muito Baixo ao nascer (PMB entre 1001 a 1500gr; de 28 a 31 semanas de gestação); c) Peso Baixo ao nascer (PB entre 1501 a 2500gr; de 32 a 36 semanas de gestação).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948, 2006) define-o como o parto antes das 37 semanas completas de gestação (ou 259 dias contados a partir do primeiro dia do último período menstrual) e complica mais de 500.000 nascimentos por ano nos Estados Unidos. Nos países desenvolvidos, os nascimentos pré-termo representam entre 5% a 8% dos partos, o que corresponde a cerca de 40 mil partos no Reino Unido e 350 mil partos nos Estados Unidos (Rosenblatt, 1997), sendo que 50 mil são de crianças com muito baixo peso (Singer, Guo, Collin, Lilien, & Bayley, 1999). Esta estatística impressionante traduz-se em cerca de um parto pré-termo a cada minuto.

O nascimento pré-termo de um bebé de muito baixo peso (menos de 1500gr) é considerado uma altura de crise para os pais, especialmente porque a maioria destes partos são inesperados. A alegria antecipada pelos pais é, muitas vezes, substituída por um sentimento de catástrofe (Schmucker, Brisch, Kohntop, Betzler, Ostrele, Pohlandt et al., 2005), por ser experienciado como muito traumatizante para os pais, seguido de uma fase de elevada perturbação psicológica. Muitos pais sentem-se mesmo em estado de choque e deprimidos com o súbito final da gravidez, podendo demonstrar sintomas de stress pós-traumático com flashbacks, pensamentos intrusivos, sentimentos de zanga, culpa e vergonha, ansiedade e deterioração da auto-estima e da auto-confiança (Brisch, Bechinger, Betzler, Heinemann, Kächele, Pohlandt et al., 2005). O nascimento pré-termo tem um impacto profundo nas emoções, percepções e atitudes parentais face às necessidades e ao futuro do bebé (Wijnroks, 1999). Quando corre risco de vida, os pais sentem relutância em ligar-se a ele receando que não sobreviva e, nesse momento, coabitam sentimentos ambíguos pois a esperança mistura-se com desejos de morte, sentimento que os faz sentirem-se culpados (Thomaz et al., 2005). Alguns pais dão início a uma espécie de luto antecipado como se já tivessem perdido a criança, sem terem em conta o seu estado de saúde e o quadro clínico. Sentem-se desligados e afastados dos filhos por não poderem, ou não sentirem que podem, interagir livremente com o bebé como se estivessem em casa

(Brisch et al., 2005). O parto pré-termo diminui a percepção emocional e prática para o nascimento e pode reduzir a autonomia e a escolha devido à grande necessidade de parto instrumentalizado e atendimento médico constante. O nascimento de “alta tecnologia” e a transferência para uma Unidade de Cuidados Neonatais (Intensivos ou Intermédios) podem desencadear uma série de respostas emocionais desde medos sobre a sobrevivência, possíveis danos, culpa sobre comportamentos pessoais (fumar ou beber) que poderiam ter comprometido a saúde do feto, raiva para com os profissionais que não foram capazes de diagnosticar e prevenir a situação e também sentimentos de impotência em relação ao pessoal qualificado e aos pais mais experientes. Relembrem a experiência do parto como extremamente stressante, especialmente devido à incerteza da sobrevivência e do medo de que o desenvolvimento do bebé estivesse comprometido ou atrasado. Estes medos parecem relacionar-se com a patologia do bebé, na medida em que a ansiedade parental se correlaciona positivamente com a morbidade infantil e inversamente com o peso à nascença (Wijnroks, 1999). Estudos têm demonstrado que o parto pré-termo e a imaturidade do bebé afectam a experiência parental, as suas atitudes e o seu comportamento que, por sua vez, afectam a qualidade da relação pais-bebé e, possivelmente, os resultados do bebé (Muller-Nix, Forcada-Guex, Pierrehunbert, Jaunin, Borghini, & Ansermet, 2004).

Tem-se sugerido que as interacções precoces das díades pré-termo podem ser boicotadas devido aos longos períodos de internamento hospitalar e aos frequentes tratamentos intrusivos (Manglesdorf, Plunkett, Dedrick, Berlin, Meisels, McHale et al., 1996). Tem-se postulado que a separação inicial dos bebés pré-termo dos seus pais contribui para as dificuldades subsequentes na relação e na qualidade do vínculo (Chapieski & Evankovich, 1997). E, apesar de se saber que a curta experiência de separação durante o internamento nas Unidades de Cuidados Neonatais não tem efeitos prolongados na formação do vínculo, um internamento prolongado pode, rapidamente, tornar-se um factor negativo na formação da relação precoce mãe-bebé (Nagata, Nagai, Sobajima, Ando, & Honjo, 2004). A prematuridade, e todos os problemas a ela associados, não têm um efeito adverso no desenvolvimento de um vínculo seguro, contudo, é possível que, para algumas mães, seja mais difícil a formação de uma relação íntima e satisfatória com o seu bebé pré-termo (Field, Hallock, Ting, Dempsey, Dabiri, & Shuman, 1978; Rode, Chang, Niau, Fisch, & Sroufe, 1981). A prematuridade, por si só, não interfere no comportamento da mãe para a prestação de cuidados, mas pode interferir quando associada à vinculação da mãe: mães seguras parecem ser capazes de aumentar a sua sensibilidade

quando forçadas a lidar com um bebé problemático, ao contrário de mães inseguras que ficam stressadas e menos sensíveis nas mesmas condições desafiantes (Coppolla, Cassiba, & Constantini, 2007). A formação da relação precoce acontece num ambiente altamente tecnológico, o que pode representar um obstáculo, dado que apenas a muito custo se conseguem momentos de intimidade (Schmucker, Brisch, Kohntop, Betzler, Osterle, Pohlandt et al., 2005). Alguns autores sugerem que, devido ao facto de os pais se verem obrigados à adaptação às necessidades especiais deste bebé, o parto pré-termo não alteraria a qualidade do vínculo (Borghini, Pierrehunbert, Miljkovitch, Muller-Nix, Forcada-Guex, & Ansermet, 2006).

O comportamento interactivo materno parece ser significativamente diferente em díades pré-termo, quando comparadas com díades de termo (Muller-Nix et al., 2004; Manglesdorf et al., 1996). Quando considerados em conjunto, o facto de as díades pré-termo interagirem num padrão diferente das díades de termo e o facto de que, na sua investigação, Goldberg e colaboradores (1986) concluírem que, aproximadamente, dois terços dos bebés (pré-termo e a termo) apresentarem um vínculo seguro, sugere que a relação entre as interacções precoces e o vínculo seguro das díades pode diferir. Quando comparados com bebés de termo de baixo risco, a investigação sugere que os pré-termos de muito baixo peso podem estar em risco de não atingirem uma organização de vinculação óptima: aos catorze meses, os pré-termos de muito baixo peso eram tendencialmente mais inseguros na situação do estranho (Manglesdorf et al., 1996). Segundo Manglesdorf e colaboradores (1996), os pré-termo de alto risco estão em maior risco de a sua vinculação ser insegura do que os bebés de termo. Os resultados de alguns estudos mostram que as diferenças interactivas entre pré-termos e bebés de termo persistem ao longo do primeiro ano de vida, com algumas das diferenças a serem mais visíveis aos doze meses (Crnic, Ragozin, Greenberg, Robinson, & Basham, 1983). Em geral, a maioria dos estudos tem concluído que a prematuridade tem pouco impacto na qualidade e segurança do vínculo. Minde, Whitelaw, Brown, & Fitzlhardinge, (1983) concluíram que, os padrões de vinculação, em pré-termos de muito baixo peso e relativamente frágeis, não difere muito dos padrões encontrados em bebés saudáveis. Em contrapartida, resultados de um estudo que comparou bebés pré-termo saudáveis (internados por menos de um mês) e doentes (internados por mais de um mês) mostram que existem diferenças na qualidade da vinculação, com o grupo dos pré-termos doentes a mostrar, com maior frequência, uma vinculação ansiosa – resistente (Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick, & Roloff, 1986). Fica claro que as interacções precoces entre mães e bebés

pré-termo funcionam a um nível menos óptimo quando comparadas com as interações precoces entre mães e bebés de termo. Contudo, à medida que o bebé amadurece e se organiza a nível comportamental e fisiológico e consegue comunicar melhor, a mãe tem mais tempo para aprender os sinais do seu bebé (Macey e Harmon, 1987).

A relação precoce mãe-bebé tem sido apontada como um dos factores capazes de exacerbar ou amenizar o impacto de um parto pré-termo (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2006). Quando o padrão interactivo da díade é caracterizado por uma atitude materna sensível e existe sincronia mãe-bebé, a interacção provou estar associada a uma vinculação segura e é considerada protectora do desenvolvimento de pré-termos de risco (Forcada-Guex et al., 2006; Udry-Jørgensen et al., 2011). Mães evitantes tendem a não visitar o seu bebé com frequência ou ficam na Unidade por curtos períodos. Mães com padrão desistente demonstram menos comportamentos evitantes com o seu bebé. Mães preocupadas são muito ansiosas e tendem a ficar na Unidade por longos períodos de tempo de cada vez e procuram, sempre que possível, reforço nos profissionais (Brisch et al., 2005). Têm-se observado, com frequência, em amostras de bebés pré-termo, comportamentos parentais controladores e intrusivos (Field, 1979; Muller-Nix et al., 2004; Udry-Jørgensen et al., 2011). De acordo com alguns estudos, o comportamento controlador por parte da mãe relaciona-se com a vinculação insegura (Muller-Nix et al., 2004; Singer et al., 2003; Udry-Jørgensen et al., 2011). Este comportamento controlador pode interpreta-se como um estilo de interacção adaptativo, como uma compensação pela imaturidade do bebé, contudo, quando combinado com o comportamento compulsivo-submisso do bebé, este padrão pode aumentar o risco de uma vinculação insegura. Por sua vez, o bebé pode responder positivamente à mãe apenas para satisfazer o seu pedido (Udry-Jørgensen et al., 2011). Tem-se colocado a hipótese de que os comportamentos parentais intrusivos com um bebé pré-termo podem ter efeitos hiperestimulantes no bebé e aumentarem o risco de interações sociais negativas. A hiperestimulação é observada, muitas vezes, neste tipo de interacção controladora e, na maior parte das vezes, a criança não quer ou não consegue responder aos pedidos da mãe e “desliga-se” da interacção enquanto a mãe continua a estimulá-lo para que volte a responder à tarefa (Udry-Jørgensen et al., 2011). Sugere-se que este tipo de interações reflectem um desafio aos pais pela responsividade da criança e desespero por parte da criança, por ser constantemente confrontada com pedidos a que não consegue corresponder (Udry-Jørgensen et al., 2011).

Tem havido vários estudos de vinculação em crianças de alto risco, mas o resultado da qualidade da vinculação em bebês pré-termo é inconsistente: a) Grossmann, Grossman, & Kindler (2005) concluíram que 63% dos bebês de termo tinham uma vinculação segura e que 37% tinham uma vinculação insegura; b) Rode e colaboradores (1981) concluíram que 70,8% da sua amostra de pré-temos de baixo peso tinha uma vinculação segura, 12,5% apresentava uma vinculação insegura-evitante e que 16,7% apresentava uma vinculação insegura-ambivalente; c) na sua investigação, Minde e colaboradores, (1985) concluíram que 71% da amostra tinha uma vinculação segura e que apenas 29% apresentava uma vinculação insegura; d) Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick, & Roloff (1988) na sua amostra de bebês pré-termo, concluíram que 37% apresentava uma vinculação insegura – ambivalente entre bebês de elevado risco médico, e 5% apresentava uma vinculação insegura – ambivalente entre bebês de baixo risco médico; e) numa amostra portuguesa de pré-termos de muito baixo peso 33,3% dos bebês foram classificados como tendo uma vinculação segura, 35,4% como tendo uma vinculação insegura-evitante, e 31,3% como tendo uma vinculação insegura-resistente, ou seja, observou-se uma elevada prevalência de vinculação insegura, sendo esta apresentada por dois terços dos 48 bebês, 66,6% da amostra (Fuertes, Lopes-dos-Santos, Beeghly, & Tronick, 2009); f) pré-termos de grande risco médico estão em maior risco de desenvolver vínculos inseguros com as suas mães (Cox, Hopkins, & Hans, 2000); g) Chapieski e Evankovich (1997) concluíram que a gravidade dos problemas de saúde do bebê está associada a uma maior segurança do vínculo.

A conclusão de que um grande número de vínculos seguros era observado em famílias com bebês gravemente doentes atesta a capacidade de as mães de se adaptarem às limitações do bebê e de as compensarem (Goldberg et al., 1986). Esta adaptação é saudável e tem efeitos positivos no desenvolvimento social, bem como na responsividade emocional do bebê (Frodi & Thompson, 1985). Os dados indicam que, mesmo neste grupo extremamente vulnerável, a maioria das mães e bebês estabelece um vínculo interativo que originava o desenvolvimento de um vínculo seguro apesar de todas as dificuldades, pelo que podemos inferir que a propensão para formar vínculos seguros é um fenómeno muito robusto (Goldberg et al., 1986). A tendência de pré-termos de muito baixo peso alternarem da segurança para a insegurança ao longo do tempo sugere que os efeitos da prematuridade se podem tornar mais pronunciados com o tempo (Manglesdorf et al., 1996). Estas conclusões sublinham a importância que a relação precoce tem no desenvolvimento do bebê, pelo que é de extrema importância identificar as crianças de

risco, tendo em conta que algumas dificuldades emocionais e comportamentais podem persistir durante a adolescência. Contudo, a informação sobre a relação entre a vinculação e a prematuridade permanece inconclusiva na literatura actual (Brisch et al., 2005).

1.3 – Factores Facilitadores e Dificultadores da Ligação da Mães ao seu Bebé Pré-termo

1.3.1 – Aspectos Intrapsíquicos

Com o nascimento de um bebé surgem várias alterações na dinâmica familiar a começar pela relação do casal, resultando em várias alterações que afectam a vida em geral (Nagata et al., 2004). Por sua vez, o puerpério é um período em que podem aparecer vários sintomas psicológicos e, por isso, considera-se como sendo um período crucial em termos de saúde mental, quer da mãe quer da criança (Nagata et al., 2004). Os dados sugerem também que crianças nascidas com patologias e separadas das mães e cujas mães são altamente ansiosas ou deprimidas estão em grande risco no que respeita à formação da vinculação mãe-bebé. Estudos recentes mostraram que o desenvolvimento cognitivo e social de pré-termos de alto risco, quando comparados com pré-termos de baixo risco, é particularmente susceptível à abordagem interactiva da mãe (Feldman et al., 1999). As interacções negativas entre a mãe e o bebé podem ser exacerbadas quando as mães se encontram sob elevada ansiedade, stress ou deprimidas (Coyle, Roggman, & Newland, 2002).

1.3.1.1 – Ansiedade

Em 1989, Levy – Shiff, Sharir, & Mogilher, ao contrário de Crnic e colaboradores (1983), concluíram que quanto mais preocupados eram os pais, mais envolvidos estavam nos cuidados durante os primeiros dias e mais activos estavam aquando da alta. O envolvimento parental foi considerado como uma resposta adaptativa e compensatória às dificuldades impostas pela imaturidade do bebé.

Em 1999, Feldman e colaboradores concluíram que enquanto as mães de bebés saudáveis normais experienciam nível médios de preocupação, a separação inicial aumenta-os grandemente. Contudo, numa separação prolongada com ameaça de perda, estas preocupações diminuem significativamente – a um certo ponto do continuum entre proximidade e perda, o estado extremamente preocupante da “separação” transforma-se numa reactividade diminuída característica da “perda”. A separação foi associada a elevada ansiedade expressa em níveis muito baixos de todos os aspectos da vinculação, o que

sugere que estas díades estão em grande risco de não desenvolverem um vínculo seguro. As mães ansiosas são geralmente mais propensas a maior preocupação e menos capazes de auto-regulação dos estados negativos, são mais afectadas pela tarefa de monitorização da sobrevivência do bebé, experienciando elevados níveis de preocupação e sendo menos eficientes na sua manutenção.

Em 1999, Wijnroks conduziu um estudo sobre a relação entre ansiedade materna recordada e interacção mãe-bebé numa amostra de bebés pré-termo. No que respeita à ansiedade, compreendeu que pode elevar-se quando existe a incerteza da sobrevivência da criança. É ainda pouco claro se o nível de ansiedade materna influenciará, de modo negativo, os padrões de interacção na relação mãe-filho, dado não existirem dados disponíveis para análise. Uma das possibilidades é de que a ansiedade materna leva a sobreprotecção que, por sua vez, leva a restrições na liberdade da criança para explorar o ambiente que a rodeia – o que leva a um maior risco de patologia psicológica e social num futuro próximo. Os resultados deste estudo mostram que as memórias de ansiedade da mãe em relação à doença do filho e sua hospitalização se relacionam com o seu comportamento interactivo, incluindo o seu nível de actividade e intrusão. No geral, mães que recordam muita preocupação e ansiedade em relação ao estado de saúde dos filhos no período neonatal estimulavam mais activa e intrusivamente os seus filhos do que mães que recordavam menor, ou nenhuma ansiedade. Esta ansiedade correlaciona-se, moderadamente, com a condição física e médica do bebé, peso ao nascer, gestação e duração do internamento hospitalar – o que parece indicar que outros factores, como a personalidade da mãe ou a rede de apoio social possam estar envolvidos. Em conclusão, este estudo mostra que os sentimentos e angústias que a mãe recorda ter vivido após o parto pré-termo e a hospitalização do seu bebé relacionam-se com a qualidade da sua interacção com o bebé. O impacto da ansiedade na interacção é mediado pela história clínica do bebé, pelo seu comportamento actual ou pelo seu estado de desenvolvimento.

Em 2005, Brisch e colaboradores analisaram a qualidade da vinculação em bebés pré-termo de muito baixo peso e concluíram que estes podem estar em maior risco de desenvolver um padrão de vinculação inseguro e desorganizado, uma vez que a interacção mãe – bebé é mais difícil por duas razões: 1) pelo facto de haver grande ansiedade materna acerca do desenvolvimento do bebé e 2) devido a factores de risco neonatais como a falta de oxigénio que podem afectar directamente a maturação e o funcionamento do cérebro do bebé.

Também em 2005, Schmucker e colaboradores, ao analisarem a influência da prematuridade, ansiedade materna e risco neurobiológico do bebé nas interacções mãe-bebé, concluíram que a elevada ansiedade materna contribui para que as mães demonstrem menos emoções positivas calorosas ao mesmo tempo que demonstram pensamentos negativos e catastróficos em excesso, quando comparadas com mães de bebés de termo. A ansiedade foi significativamente associada às interacções mães-bebé, ou seja, quanto mais ansiosa está a mãe menos provável é que a criança demonstre responsividade facial. Tudo sugere que uma elevada ansiedade conduz a interacções pouco sensíveis, contudo, se a criança demonstra pouca responsividade facial, a mãe pode reagir de forma mais ansiosa e estar emocionalmente menos disponíveis para o bebé levando a que ele fique menos responsivo na interacção. A ansiedade foi associada a uma experiência materna de parto pré-termo e dependente, em parte, do risco neurobiológico do bebé. A sua diminuição ao longo do tempo pode explicar-se pelo facto de muitos bebés pré-termo ultrapassarem as dificuldades dos primeiros tempos de vida – as mães adaptam-se ao facto de terem um bebé pré-termo.

No seu estudo de 2006, Borghini e colaboradores afirmam que devido ao grande risco biológico, os pais dizem sentir-se emocionalmente afectados e preocupados acerca do futuro desenvolvimento dos seus filhos. O estudo postula que, uma retirada emocional por parte dos pais, durante o período em que o pré-termo de baixo risco está internado, pode levar a dificuldades no estabelecimento de uma relação próxima nos primeiros meses após a alta do bebé.

Mesmo nas gravidezes mais desejadas e planeadas, a preocupação pode ir de normal a obsessiva, aumentando à medida que a mãe se concentra na sua nova responsabilidade e alteração de papéis. As queixas mais comuns de perturbações de ansiedade pós-parto incluem ansiedade, preocupação de hipervigilância e atenção ao bebé, extrema labilidade emocional, distúrbios de sono e apetite, distractibilidade, incapacidade para se concentrar e sensação de perda de memória (Klempner in Stone & Menken, 2008).

1.3.1.2 – Depressão

O nascimento é um choque físico e emocional que quase todas as mulheres reconhecem ter vivido. Um turbilhão de sentimentos contraditórios, alegria e felicidade intensa, orgulho por ter dado à luz um bebé, mas por vezes tristeza e/ou uma pequena depressão e angústia difusa. A depressão pós-parto caracteriza-se por afecto deprimido – tristeza, irritabilidade ou zanga – desinteresse pelas actividades do dia-a-dia, perda de

apetite, insónia, desinteresse pelo bebé e pelos cuidados a prestar-lhe, anedonia, sentimentos de culpa, desesperança, impotência e/ou baixa auto-estima, dificuldades de concentração e em pensar com clareza, agitação psicomotora e exaustão, fadiga constante e movimentos lentificados, labilidade emocional com crises de choro incontrolláveis e inexplicáveis, ideação suicida, preocupação irracional e excessiva, sentimentos de ser uma má ou uma mãe inadequada e alterações no desejo sexual com uma diminuição significativa da libido por um período superior a seis meses. Pode ser despoletada rapidamente mas, por norma, tem início, pelo menos, duas semanas após o parto persistindo durante vários meses. Aproximadamente quinze a vinte por cento de todas as novas mães desenvolvem depressão pós-natal, sendo que a sua prevalência varia dependendo do método de avaliação (Klempner in Stone & Menken, 2008; Klock in Camic & Knight, 2004; Nagata et al., 2004). Uma mulher equilibrada e bem ajustada é capaz de antecipar as mudanças e preparar-se. Infelizmente, uma minoria destas mulheres pode experienciar alterações de humor muito severas como é a depressão pós-parto e a psicose puerperal, entre outras (Klock in Camic & Knight, 2004).

Mães deprimidas e pouco responsivas, por vezes, geram respostas deprimidas nas suas crianças; quando o bonding e a vinculação são inseguros, ambivalentes e resistentes (Ainsworth et al., 1978), a futura aprendizagem e dificuldades emocionais irão emergir na geração seguinte (Klempner in Stone & Menken, 2008). A depressão materna tem sido relacionada com efeitos negativos no desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental da criança. A depressão materna ou quaisquer outros sintomas de stress psicológico precoces podem ter diferentes efeitos em crianças pré-termo (Singer et al., 1999).

Pohelman e Fiese (2001), bem como Schmucker e colaboradores (2005) concluíram que quanto mais sintomas depressivos a mãe apresentasse, mesmo que a um nível subclínico, mais provável era que o bebé apresentasse uma vinculação insegura.

A escassez de dados empíricos acerca das condições exactas em que a ansiedade de separação se transforma em comportamento depressivo característico da perda fez com que Feldman e colaboradores (1999) olhassem um pouco mais fundo. Respeitante à vinculação materna, os dados sugerem que os quatro componentes de proximidade – parto vaginal, amamentação, possibilidade de contacto total entre mãe e bebé e perda não eminente – presentes nas mães de bebés com peso entre 1650 a 1850g e tempo gestacional entre as 34 e as 36 semanas, mas não nas mães de bebés com peso entre 810 a 1400g, e tempo gestacional entre as 27 e as 32 semanas, nascidas por cesariana, podem estar relacionados

com a mudança de um estado altamente ansioso característico da “separação” para a desistência e reduzido envolvimento típico da “perda”. Por outro lado, a depressão materna tem impacto na capacidade de a mãe entrar num estado mental afectuoso típico do período de vinculação e está associada a poucos comportamentos afiliativos e poucas representações de filiação. Tem-se mostrado que a depressão afecta a disponibilidade da mãe para o seu bebé, a sua capacidade de sincronizar com microestados de estimulação afectiva e a sua consistência de estilo e estimulação. O presente estudo adiciona à literatura da depressão materna o conhecimento da limitada capacidade das mães deprimidas para se envolverem nos aspectos prazerosos da formação de uma relação vinculativa.

Ao estudarem o impacto do stress, depressão materna e interacções negativas mãe-bebé na vinculação do bebé, Coyl e colaboradores (2002) concluíram que a depressão materna e as interacções negativas afectam directamente a segurança do vínculo e que o stress económico e conjugal afectam directamente a depressão materna afectando, por consequência, a segurança da vinculação da criança. Os resultados mostram que, à medida que a depressão e a insatisfação maternas aumentam, a segurança do vínculo diminui. Isto sugere que as interacções negativas mãe-bebé podem ser exacerbadas quando as mães se encontram em stress e deprimidas pelo que a compreensão da sua influência na vinculação é essencial para uma prevenção precoce e intervenção que promova um desenvolvimento óptimo.

Nagata e colaboradores (2004) investigaram a depressão no pós-parto em mães de bebés pré-termo internados nas Unidades de Cuidados Intensivos e concluíram que apesar de as mães exibirem valores significativamente elevados em itens relativos a sentimentos depressivos, também exibiram valores significativamente baixos em relação à insónia. Estes resultados foram interpretados como reflectindo as preocupações e receios já esperados em relação a crianças internadas nos Cuidados Intensivos e coloca a hipótese de o isolamento da mãe em relação à criança e da confiança da totalidade dos cuidados à equipa de enfermagem poderem contribuir para um sono pouco reparador durante a noite. Os resultados mostram, também, elevadas tendências depressivas entre as mães de pré-termos de muito baixo peso na primeira e segundas semanas pós-parto, o que pode ser uma indicação de um factor peculiar para além da gravidade da condição médica.

1.3.1.3 – Stress

Poucos estudos têm explorado o stress materno para além do período neonatal e muito poucos têm dedicado tempo à relação entre o stress materno e a qualidade da interacção

mãe-bebé. Os resultados destes estudos são inconsistentes porque usam diferentes medidas de stress materno (Muller-Nix et al., 2004). Devido ao potencial impacto traumático do parto pré-termo, frequentemente, os pais exibem reacções de stress. O stress psicológico modifica as acções precoces e o ajustamento ao ritmo biossocial. Os pais de pré-termos de alto risco mencionam, frequentemente, a necessidade de estarem perto da criança de modo a dar-lhe força e conforto durante a estadia difícil. Pais de pré-termos de baixo risco expressam mais confiança na saúde e desenvolvimento do seu bebé do que os pais de pré-termos de alto risco. Apesar de os problemas neonatais serem temporários, as díades que iniciaram a sua relação precoce em circunstâncias de elevado stress continuam a experienciar grandes dificuldades interactivas quando comparados com díades que iniciam a sua relação em circunstâncias óptimas (Borghini et al., 2006).

Em 1983, Crnic e colaboradores concluíram que as mães que dizem sentir-se mais stressadas foram classificadas como sendo menos sensíveis às pistas dos filhos. Em 1999, Singer e colaboradores, ao estudarem o stress psicológico materno após o nascimento de um bebé pré-termo de muito baixo peso concluíram que estas mães experienciam níveis mais severos de stress psicológico durante o período neonatal do que as mães de termo, com a depressão e a ansiedade a serem mais óbvias aquando da alta hospitalar. Concluíram, também, que existem mais stressores gravídicos nas famílias de bebés de alto risco.

Na sua investigação, Coyl e colaboradores (2002) concluíram que o stress parental e familiar se relaciona com a depressão materna, com a qualidade dos cuidados e com a segurança do vínculo das crianças. Mães sob stress muito severo dão instruções mais negativas ao seu bebé e entram, com maior frequência, em interacções hostis com as suas crianças. O stress resultante de relacionamentos próximos e dificuldades económicas afecta a depressão materna, as interacções negativas e os maus-tratos, por conseguinte, influenciando negativamente a segurança do vínculo.

Ao estudarem a prematuridade, o stress e as interacções mãe-bebé, Muller-Nix e colaboradores (2004) concluíram que as mães de pré-termos de alto risco e as mães que sofreram elevados níveis de stress no período perinatal são menos sensíveis e mais controladas do que as mães de termo em interacção diádica. A sua experiência clínica com pais pré-termo sugere que mães pouco stressadas, expressam, por vezes, o que pode ser descrito como interesse restrito no bebé durante o internamento quando comparadas com mães altamente stressadas que demonstram um investimento ambivalente no bebé.

Providenciar apoio emocional aos pais pode modular o efeito adverso desta experiência stressante e ter um efeito positivo nos comportamentos interactivos mãe-bebé.

O stress experienciado durante a transição normal para a parentalidade é acrescido a uma situação em que os pais têm de prescindir do controlo sobre o seu bebé. A rotina normal é perturbada assim que o hospital se encarrega dos cuidados do bebé, e a incerteza da sobrevivência do bebé – o medo da perda – pode despoletar ansiedade e dificuldades no estabelecimento da relação. O facto de estes bebés de muito baixo peso passarem os seus primeiros dias numa incubadora limita, ao extremo, o toque espontâneo (Schmucker et al., 2005).

1.3.2 – Aspectos Externos

1.3.2.1 – Características da Mãe

Os partos pré-termo e os acontecimentos de vida stressantes ocorrem com maior frequência em classes socioeconómicas mais baixas, um segmento da população que comporta alguns riscos de distúrbios comportamentais e emocionais, por si só, e coloca as crianças em maior risco de uma vinculação insegura (Chapieski & Evankovich, 1997; Coyl et al., 2002). Os principais stressores na vida destas mulheres incluem conflitos conjugais ou familiares, sensação de isolamento, transição de papeis ou perda da liberdade pessoal, o número e a idade de outros filhos, conflitos ao nível da prestação de cuidados à criança, a ausência de um companheiro ou de um sistema de apoio familiar, a saída ou mudança de um local de trabalho muito valorizado. Para além disso, é necessário que os clínicos reconheçam que as perturbações de humor perinatais afectam mulheres que sofrem de infertilidade, morte fetal, IVG, ou morte perinatal. Os factores de risco incluem problemas médicos na mãe ou na criança, dor crónica, inflamação, falta de sono, historial de distúrbios de sono, alimentares ou de consumo de substâncias, infecções mamárias e problemas de lactação, desmame abrupto e dificuldades alimentares por parte do bebé. Podem ser considerados factores adicionais a nutrição, influências genéticas, a idade materna, a sensibilidade a certos medicamentos, o tipo de medicamentos consumidos e a exposição a toxinas ambientais (Klempner in Stone & Menken, 2008).

O bem-estar materno influencia a qualidade da interacção mãe-bebé, particularmente, a importância atribuída à qualidade da mudança emocional durante a interacção é preditora do desenvolvimento cognitivo social futuro. Contudo, alguns factores maternos podem contribuir para as diferenças observadas nas interacções, como o facto de a mãe reagir ao parto com ansiedade, os sentimentos de perda e de separação, desamparo, angústia,

depressão, stress e sintomas de distúrbio de stress pós-traumático. O grau de responsividade da mãe é uma das características centrais à interacção mãe-bebé de elevada sensibilidade. Mães que respondem prontamente e de modo sensível aos sinais afectivos do seu bebé fortalecem o laço, estas mães têm bebés mais responsivos e com um nível mais elevado de funcionamento sensoriomotor (Schmucker et al., 2005). O comportamento do bebé prematuro pode não coincidir com as expectativas dos pais acerca da forma como os recém-nascidos se comportam, deixando-os confusos quanto à interpretação dos sinais e pistas do bebé (Macey et al., 1987). Pensa-se que a falta de competência do bebé pré-termo resulta em a mãe lhe pegar menos, olhar e sorrir menos para ele e também em manter menos interacção face-a-face (Chapieski & Evankovich, 1997). Cuidar de um bebé pré-termo requer da mãe um esforço adicional para lidar com as dificuldades e imaturidade do bebé. Em conclusão, as mães dos bebés pré-termo são confrontadas, inicialmente, com um bebé de mais difícil interacção (Macey e Harmon, 1987).

Estes bebés tão imaturos despoletam nas mães uma série de comportamentos que têm vindo a ser observados como estando presentes na maioria das mães. Estas têm sido descritas como sendo mais intrusivas (Frodi & Thompson, 1985), mais activas (Frodi & Thompson, 1985; Wijnroks, 1999; Crinic et al., 1983; Chapieski & Evankovich, 1997), mais controladoras (Forcada-Guex et al., 2006), mais responsivas (Schmucker et al., 2005), mais activamente envolvidas (Wijnroks, 1999), mais estimulantes em interacções sociais precoces (Wijnroks, 1999; Crinic et al., 1983; Chapieski & Evankovich, 1997), mais vigilantes e distantes (Chapieski & Evankovich, 1997), bem como menos contingentes com as pistas do bebé (Frodi & Thompson, 1985), menos sensíveis (Forcada-Guex et al., 2006; Udry-Jørgensen et al., 2011) e menos sincronizadas (Schmucker et al., 2005). Mães de pré-termos passam mais tempo dedicadas aos cuidados, tendem a pegar mais nos filhos, passam significativamente menos tempo no mesmo espaço que os bebés e demonstram uma maior frequência de comportamentos afectuosos do que as mães de bebés de termo com a mesma idade cronológica (Crawford, 1982). As suas mães trabalham mais, nos primeiros meses, para os manter envolvidos e sorriem menos do que as mães dos bebés de termo, o que sugere que apesar de trabalharem mais sentem as alterações como sendo menos prazerosas (Macey e Harmon, 1987). Em linha com aquilo que Divitto e Goldberg (1979) puderam observar, aos 4 meses de idade, as mães dos bebés pré-termo mantinham maior distância enquanto amamentam, e recebiam mais estimulação durante essa actividade. Field (1977) notou que quando se instrui estas mães a serem menos activas e apenas a imitar o bebé, este torna-se mais activo e atento no seu comportamento e a

aversão ao olhar diminui. O comportamento persistente activo destas mães é sobre-estimulante e intrusivo e os bebés ficam desatentos e não responsivos. O padrão interactivo é circular e recíproco, na medida em que o comportamento pouco responsivo do bebé desperta grande actividade materna para obter respostas (Crnic et al., 1983). Os partos pré-termo podem ter efeitos secundários no comportamento pela alteração das atitudes e percepções parentais distorcendo, por essa razão, as relações e interacções pais-bebé normais (Chapieski & Evankovich, 1997). O comportamento materno pode, só por si, afectar o desenvolvimento da interacção mãe-bebé (Brisch et al., 2005) e é possível que as diferenças de atitude materna tenham efeito a longo prazo no comportamento e desenvolvimento da criança (Macey e Harmon, 1987). Porém, é possível que elevados níveis de estimulação materna per se, possam não ser necessariamente disruptivos para o desenvolvimento cognitivo e atencional da criança, mas sim na qualidade do relacionamento vincutivo mãe-bebé (Wijnroks, 1999). Ao longo do tempo é possível observar-se que as mães dos bebés pré-termo parecem ficar mais confiantes, o que contrasta com mães de bebés de termo que parecem ficar cada vez com mais dúvidas (Wijnroks, 1999).

1.3.2.2 – Características do Bebé

A prematuridade por si só não coloca o bebé em risco de desenvolver uma vinculação insegura (Brisch et al., 2005). É a interacção de factores de risco com as características do ambiente de cuidado que é preditora do desenvolvimento do bebé (Frodi & Thompson, 1985). Contudo, bebés, com complicações de desenvolvimento neurológico revelam, frequentemente, um vínculo inseguro do que bebés saudáveis (Brisch et al., 2005). Estes bebés apresentam inúmeros desafios, sendo, por vezes, descritos como bebés difíceis, enviando sinais pouco claros e tendo a saúde comprometida durante a infância (Feldman et al., 1999). Um bebé pré-termo é mais pequeno e mais frágil, o que intensifica o medo dos pais de não serem capazes de cuidar correctamente do seu bebé (Thomaz et al., 2005). Além disso, o pré-termo tem um limiar mais baixo para a activação de reacções aversivas ou defensivas e um limiar mais elevado para respostas atencionais e de orientação; estes bebés irritam-se com mais facilidade do que os bebés de termo e têm mais dificuldade em se acalmarem e modularem a excitação. A grande sensibilidade gastroesofágica origina desconforto e ingestão calórica inadequada, e uma aprendizagem aversiva. O choro persistente aparentemente inexplicável pode minar ainda mais a confiança dos pais e levá-los a recearem a existência de um problema neurológico (Rosenblatt, 1997). Mesmo na

ausência de grandes dificuldades motoras e neurossensoriais, tem-se concluído que, em comparação com crianças de termo, os bebês pré-termo têm maior probabilidade de serem afectados por problemas cognitivos, comportamentais e socioemocionais (Chapieski & Evankovich, 1997; Udry-Jørgensen et al., 2011). As dificuldades de modulação da excitação e o mais baixo limiar defensivo podem, adequadamente, explicar os comportamentos socioemocionais precoces, mas não devem ser encarados como características imutáveis do funcionamento do bebê (Frodi & Thompson, 1985).

Estes bebês têm sido caracterizados como sinalizando menos, como tendo uma maior aversão ao olhar (Frodi & Thompson, 1985; Schmucker et al., 2005; Crnic et al., 1983), e maior desatenção que os bebês de termo (Crnic et al., 1983), como sendo menos alerta (Crnic et al., 1983; Macey et al., 1987; Cox et al., 2000; Muller-Nix et al., 2004), menos activos (Crnic et al., 1983; Macey et al., 1987; Muller-Nix et al., 2004), menos responsivos (Crnic et al., 1983; Macey et al., 1987; Cox et al., 2000; Muller-Nix et al., 2004; Manglesdorf et al., 1996; Schmucker et al., 2005; Chapieski & Evankovich, 1997), mais difíceis de acalmar (Chapieski & Evankovich, 1997; Manglesdorf et al., 1996), demonstrando mais afecto negativo (Schmucker et al., 2005; Chapieski & Evankovich, 1997), sendo temperamentalmente mais difíceis (Chapieski & Evankovich, 1997), estando em maior risco para desvios comportamentais e sociais (Chapieski & Evankovich, 1997), explorando menos e ficando mais perto das mães, sendo mais chorosos (Macey et al., 1987), tendo mais dificuldades em entrar em interacções sociais (Cox et al., 2000), demonstrando menos afecto positivo (Macey et al., 1987; Udry-Jørgensen et al., 2011; Brisch et al., 2005; Schmucker et al., 2005), sendo menos organizados (Macey et al., 1987; Cox et al., 2000), comunicando as suas necessidades menos claramente (Macey et al., 1987), sendo mais irritáveis (Goldberg et al., 1986; Schmucker et al., 2005), tendo um choro mais aversivo (Frodi & Thompson, 1985, Manglesdorf et al., 1996), sendo mais vulneráveis a dificuldades de interacção social com as mães (Cox et al., 2000), sendo mais hiperactivos (Singer et al., 1999), mais distractíveis (Singer et al., 1999; Brisch et al., 2005; Muller-Nix et al., 2004), sendo mais exigentes (Singer et al., 1999), mais agitados (Frodi & Thompson, 1985), sorrindo menos (Frodi & Thompson, 1985), sendo mais passivos (Udry-Jørgensen et al., 2011; Schmucker et al., 2005; Crawford, 1982), proporcionando uma interacção menos gratificante (Schmucker et al., 2005), brincando menos até aos 14 meses, sendo mais rabugentos, vocalizando menos, olhando para objectos e lugares mais frequentemente e observando mais o ambiente (Crawford, 1982).

Crianças nascidas prematuramente parecem estar em maior risco de desenvolver correctamente as suas capacidades adaptativas e atingir um nível baixo de competências sociais (Chapieski & Evankovich, 1997). Esperar-se-ia que estes bebés demonstrassem reacções de stress mais intensas em situações sociais, atingindo rapidamente o pico máximo de intensidade e tendo uma acalmia lenta devido ao seu limiar defensivo baixo. A sua dificuldade em modular a excitação e o seu elevado limiar de atenção e orientação pode, também, indicar que estes bebés demoram mais tempo a acalmar-se e a recuperar da irritação. Enquanto que as características do bebé prematuro e as dificuldades de relação precoce que geram sejam capazes de predizer as diferenças precoces na qualidade da resposta socioemocional, quando comparados com bebés de termo essas diferenças já não serão tão aparentes no final do 1ºano (Crawford, 1982). A emocionalidade e responsividade do bebé podem, também, ser afectadas pela sensibilidade, vitalidade e tonalidade emocional das respostas do cuidador e da sua capacidade para captar correctamente as pistas do bebé (Frodi & Thompson, 1985). Quando o cuidador responde de forma contingente às pistas do bebé numa interacção face-a-face ou na libertação de stress, a tolerância para emoções intensas aumenta e pode resultar em flutuações de excitação emocionais bem moduladas e equilibradas. Quando a resposta do cuidador é pouco contingente, o que pode ocorrer com maior frequência em pré-termos, as reacções emocionais podem tornar-se lábeis e mais negativas no geral (Frodi & Thompson, 1985).

Os pré-termos demonstram uma performance significativamente deficitária em medidas padronizadas de capacidade cognitiva quando comparados com grupos de controlo de idade cronológica semelhante (Crnic et al., 1983). Os traços temperamentais precoces podem predispor as crianças pré-termo a problemas comportamentais e de ajustamento subsequentes (Chapieski & Evankovich, 1997).

1.3.2.3 – Características Socioeconómicas

Tem-se mostrado que factores ambientais influenciam o futuro desenvolvimento da criança (Udry-Jørgensen et al., 2011). A prematuridade, o baixo nível socioeconómico e alguns factores psicossociais, quando combinados aumentam o risco de um desenvolvimento emocional normal (Brisch et al., 2005). Factores ambientais interrelacionados influenciam a sensibilidade materna e a responsividade da criança (Coyle et al., 2002). Os acontecimentos da vida adulta da mãe e seus relacionamentos ou as suas circunstâncias económicas de vida vão afectar a segurança do vínculo da criança (Coyle et al., 2002).

Em 1978, Goldberg descobriu que as diferenças de tempo gestacional são menos evidentes quando os pré-termos são saudáveis e de famílias de classe média pois estão protegidos pelo estatuto socioeconómico (Frodi & Thompson, 1985). Singer e colaboradores (1999) descobriram que o nível de stress psicológico materno e de stress ambiental são significativamente mais elevados em mães de pré-termo de alto risco do que em mães de bebés de termo (Schmucker et al., 2005). Willie (1991), num estudo de pré-termos de alto risco de mães de estatuto socioeconómico baixo, sem escolaridade, solteiras e altamente stressadas e com pouco apoio social concluiu que uma grande taxa dos bebés apresentava uma vinculação insegura. Brisch e colaboradores (2005) concluem que as circunstâncias sociais e socioeconómicas dos pais estão positivamente correlacionadas com o desenvolvimento motor e mental em bebés pré-termo com mais de 1500gr à nascença. Stressores ambientais e uma falta de estimulação apropriada à idade podem impedir o prognóstico desenvolvimental de bebés pré-termo com muito baixo peso.

Stressores ambientais como a perda de emprego e a instabilidade económica têm sido relacionados a resultados mentais e físicos adversos nos adultos enquanto que stressores como a fraca qualidade do relacionamento conjugal e o stress associado à transição para a parentalidade têm sido ligados à depressão materna que, por sua vez, vai afectar a segurança do vínculo da criança (Coyle et al., 2002). Têm-se identificado alguns factores de risco como as condições médicas e o estilo parental que, associados a factores ambientais e sociais podem influenciar o desenvolvimento futuro do bebé (Beckwith & Rodning, 1996; Udry-Jørgensen et al., 2011). Singer e colaboradores (1999) concluíram que um maior stress familiar e financeiro foi experienciado por mães de bebés muito baixo peso, de alto e de baixo risco. Em 2010, Nkansah-Amankra e colaboradores conduziram um estudo para tentar compreender os efeitos do stress materno nos resultados de bebés pré-termo de baixo peso nascidos na Carolina do Sul entre o ano 2000 e o ano 2003. Descobriram que as diferenças nas respostas ao stress ambiental e a adequação dos recursos sociais disponíveis aos vários grupos raciais são as principais vias de mediação pelas quais os efeitos do stress afectam, diferentemente os resultados negativos do parto. Comunidades caracterizadas por pobreza, elevada percentagem de população afro-americana, baixo nível de educação e uma percentagem relativamente elevada de população a viver em famílias numerosas e casas pouco espaçosas são indicadores conhecidos de privações associadas a parto pré-termo (PPT), baixo peso (BP) e vários desfechos para a saúde materna. Comunidades com uma elevada percentagem de caucasianos ou categoria socioeconómica elevada correlacionam-se com uma melhor qualidade de “bairro” e disponibilidade de recursos

para lidar com stressores e com uma melhor qualidade de vida. Logo, as diferenças de exposições do bairro, bem como vulnerabilidades elevadas entre grupos raciais são vistas como a via principal para compreender as disparidades no PPT e BP. A análise deste estudo permitiu concluir que a relação entre o local da residência materna e o resultado do parto mostra que as mães que vivem em “bairros” mais pobres têm um risco acrescido de PPT; que o stress emocional materno, financeiro, conjugal e traumático, são fortes preditores de BP do PPT; que bairros de elevada pobreza, com grande densidade afro-americana, baixa escolaridade e casas de dimensões reduzidas para famílias numerosas estão significativamente associados a BP com grande influência do stress materno e que a relação entre o stress materno, BP e PPT é modificada/alterada pelo contexto do bairro – mães que vivem em bairros de melhor qualidade tinham menos risco de sofrer de PPT e Muito Baixo Peso (MBP) do que residentes predominantemente afro-americanas de bairros mais desfavorecidas. O facto de os bairros de melhor qualidade estarem associados a recursos de coping mais efectivos, redes sociais mais disponíveis e sistemas de apoio social melhorados minimiza o impacto do stress materno. A grande conclusão deste estudo é que o stress materno tem maior efeito no MBP do que no PPT, ou seja, na duração da gestação.

O apoio socioeconómico pode ajudar a reduzir a vulnerabilidade associada ao estatuto do nascimento e reduzir as implicações a longo prazo e as dificuldades precoces (Frodi & Thompson, 1985).

2. Objectivos e Hipóteses

No decorrer da revisão bibliográfica, surgiu a questão de factores como a depressão, a ansiedade e o stress, o tipo de parto e a anestesia usada no mesmo e também as características do bebé, poderem influenciar o modo como a mãe se vincula ao bebé pré-termo durante o seu primeiro mês de vida.

2.1 Objectivo Geral

O objectivo principal desta investigação é verificar o impacto dos estados emocionais negativos maternos na forma como a mãe se vincula ao seu bebé enquanto este se encontra internado nas Unidades de Cuidados Neonatais.

2.2 Hipótese Geral

H1 – nas mães de bebés pré-termo, a variância da vinculação pós-natal pode ser explicada pela depressão, pela ansiedade e pelo stress vivenciados durante o primeiro mês de vida da criança, mesmo após o controlo dos impactos das variáveis sócio-demográficas maternas e paternas (estatuto socioeconómico, estatuto conjugal, idade, número anterior de filhos, etc.), da satisfação com o relacionamento conjugal, das variáveis clínicas maternas (tipo de parto, uso de anestesia, tipo de anestesia, etc.) e das características do bebé (sexo, índice de Apgar, peso, comprimento, estado clínico, etc.).

3. Método

3.1 – Definição de Variáveis

Nesta investigação, a variável dependente será a vinculação materna pós-natal e as variáveis independentes serão a ansiedade, o stress, a depressão, as características clínicas da mãe (tipo de parto, uso de anestesia, tipo de anestesia, etc.), as características do bebé (sexo, Índice de Apgar, peso, comprimento, etc.), as características socioeconómicas da mãe e do companheiro e a qualidade da relação conjugal.

3.2 – Operacionalização das Variáveis

3.2.1 – Questionário Sóciodemográfico

Para operacionalizar as variáveis clínicas maternas, as variáveis do bebé e as variáveis socioeconómicas, utilizou-se um Questionário Sóciodemográfico e Clínico, construído especificamente para esta investigação. Este é um questionário breve de informações gerais que permite obter dados sobre a mãe e o bebé. Foram recolhidos dados pessoais, composição do agregado familiar nuclear e dados do companheiro, dados relativos à gravidez, dados relativos ao parto e dados relativos ao pós-parto. Este questionário permitiu, também, recolher dados acerca do bebé como a data de nascimento, a posição na fratria, o peso à nascença, o sexo, o comprimento à nascença, o Índice de Apgar, o tempo de gestação, a situação clínica à data da recolha dos dados, entre outros dados.

3.2.2 – Escala de Vinculação Materna Pós-Natal

Para a operacionalização da variável vinculação pós-natal, utilizou-se o Maternal Post-Natal Attachment Questionnaire (Condon & Corkindale, 1998) na sua versão portuguesa (Carrulo, 2011) Escala de Vinculação Materna Pós-Natal. Nesta escala, cada item consiste numa afirmação directamente relacionada com a interacção com o bebé (por exemplo: “Quando eu estou a interagir com o bebé, sinto-me:”). Para cada item, existem diferentes respostas possíveis que se adaptam ao modo como a mãe se está a sentir no momento em relação ao exposto na afirmação. Tal como na versão original do questionário, a tradução portuguesa é composta por 19 itens com opções de resposta em 1, 3, 4 e 5 pontos, dependendo do item. Para garantir igual ponderação de todas as perguntas, todas as opções de resposta são recodificadas para representar uma pontuação de 1 (baixa vinculação) a 5 (elevada vinculação) para cada questão. Consequentemente, o intervalo possível de pontuação varia entre 19 e 95. A análise factorial identificou três constelações de itens. A

primeira constelação, o Prazer na Interação, refere-se ao desejo de proximidade e interação com a criança e é composto por itens que medem o desejo de passar mais tempo com o bebé, a tristeza de separação e sentimentos de prazer, estando com a criança. A segunda constelação, Ausência de Hostilidade, refere-se à falta de ressentimento e sentimentos negativos tais como hostilidade ou irritação para com a criança. A última constelação, a Qualidade da Vinculação refere-se ao sentimento de confiança e satisfação em ser mãe. Actualmente, de acordo com uma comunicação pessoal dos autores, esta escala é composta por três dimensões: a) Qualidade da Vinculação (itens 3, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 18 e 19; itens a inverter – 7, 10, 14); b) Ausência de Hostilidade (itens 1, 2, 15, 16 e 17); c) Prazer na Interação (itens 8, 9, 11, 12 e 13).

3.2.2.1 – Características Psicométricas da EVMPN na amostra do presente estudo

Analisando as características psicométricas da EVMPN na amostra do presente estudo, a subescala Ausência de Hostilidade não apresenta consistência interna ($\alpha = -.219$), mesmo após a eliminação de vários itens, pelo que se decidiu eliminá-la do presente estudo. A subescala Prazer na Interação apresenta uma consistência interna muito fraca ($\alpha = .368$) que melhora à medida que se eliminam os itens 8 ($\alpha = .595$) e 12 ($\alpha = .721$). A subescala Qualidade da Vinculação foi analisada a dois níveis, primeiramente com a totalidade dos itens encontrou-se uma consistência interna muito fraca ($\alpha = .281$) que melhora, ligeiramente, com a eliminação dos itens 19 ($\alpha = .327$), 14 ($\alpha = .380$), 18 ($\alpha = .427$), 7 ($\alpha = .450$), 10 ($\alpha = .471$) e 3 ($\alpha = .491$). Secundariamente, analisou-se a consistência interna da subescala Qualidade da Vinculação utilizando apenas os itens anteriormente eliminados e encontrou-se uma consistência interna fraca ($\alpha = .427$), que melhora com a eliminação dos itens 19 ($\alpha = .489$), 18 ($\alpha = .518$) e 14 ($\alpha = .731$). Este instrumento passou a ser constituído por três conjuntos: Qualidade de Vinculação com os itens 4, 5 e 6 (Sentimentos na Interação); Qualidade da Vinculação com os itens 3, 7 e 10 (Sentimentos em Relação ao bebé) e Prazer na Interação com os itens 9, 11 e 13.

3.2.3 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

Para operacionalizar as variáveis psicológicas maternas, foi utilizada a Depression, Anxiety and Stress Scales (Lovibond & Lovibond, 1995), na sua versão portuguesa (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress. Lovibond e Lovibond (1995), ao desenvolverem esta escala, propunham-se cobrir a totalidade dos

sintomas de ansiedade e depressão que pudessem satisfazer os elevados padrões de critérios psicométricos e que fornecessem uma discriminação máxima entre os dois construtos. “A EADS assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja, assume que as diferenças na depressão, ansiedade e stress experimentados por sujeitos normais e com perturbação, são essencialmente diferenças de grau. Os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições entre “normal” e “muito grave””. Caracterizam a escala do seguinte modo: “ ... a depressão principalmente pela perda de auto-estima e de motivação, e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o individuo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O stress sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão” (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal (2004), p.231). A versão utilizada, de 21 itens, normalmente designada de EADS-21, mede os mesmos construtos, do mesmo modo que a versão completa de 42 itens. Preferiu-se a versão reduzida dado que, no contexto de aplicação, a população estava fragilizada. A EADS-21 está organizada em três escalas: 1) Ansiedade; 2) Depressão; e 3) Stress. Cada uma destas escalas é composta por sete itens. Por sua vez, cada escala é composta por vários conceitos nomeadamente: 1) Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo (dois itens), Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens), Ansiedade Situacional (três itens), Experiências Subjectivas de Ansiedade (quatro itens); 2) Depressão – Disforia (dois itens), Desânimo (dois itens), Desvalorização da Vida (dois itens), Auto-depreciação (dois itens), Falta de Interesse ou de Envolvimento (dois itens), Anedonia (dois itens), Inércia (dois itens); 3) Stress – Dificuldade em relaxar (três itens), Excitação Nervosa (dois itens), Facilmente Agitado/Chateado (três itens), Irritável/Reacção Exagerada (três itens), Impaciência (três itens). “Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase, existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de quatro pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos. Os resultados da escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a

estados afectivos mais negativos. Os itens da EADS-21 foram seleccionados de modo a que esta escala possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois” (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal (2004), pp. 232-233).

3.2.3.1 Características Psicométricas da EADS na amostra do presente estudo

Na nossa amostra, a EADS apresenta uma consistência interna elevada para a sua escala total composta por 21 itens ($\alpha = .901$). Relativamente à subescala Ansiedade, apresenta uma consistência interna aceitável ($\alpha = .823$), que aumenta quando se elimina o item 4 ($\alpha = .826$) e o item 2 ($\alpha = .847$). Relativamente à subescala Depressão, apresenta uma consistência interna razoável ($\alpha = .737$), que aumenta quando se elimina o item 3 ($\alpha = .769$), o item 16 ($\alpha = .776$), o item 13 ($\alpha = .794$) e o item 5 ($\alpha = .808$). Relativamente à subescala Stress, apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .864$).

3.2.4 – Escala de Satisfação das Áreas da Vida Conjugal

Para operacionalizar a variável satisfação conjugal, foi utilizada a EASAVIC (Narciso & Costa, 1996) na sua versão original. Esta é uma Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal, sendo um instrumento de auto-avaliação aplicável a indivíduos casados ou que vivem em união de facto e tem como principal objectivo a avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal (Narciso, & Costa, 1996). Como descrevem as autoras, a escala é constituída por 44 itens que se organizam em 5 *áreas da vida conjugal* relativas à *dimensão funcionamento conjugal* e a 5 *áreas da vida conjugal* relativas à *dimensão amor*. A selecção e organização destas 10 áreas (Funções Familiares-FF, Tempos Livres-TL, Autonomia-AUT, Relações Extra-Familiares- REF, Comunicação e Conflitos-CC, Sentimentos e Expressão de Sentimento-SES, Sexualidade-SEX, Intimidade Emocional-IE, Continuidade-C, Características Físicas e Psicológicas-CFP) foi elaborada a partir de um estudo de revisão de literatura sobre a temática (Narciso, I., 1994, 1994), procurando incluir áreas que se referem sobretudo ao funcionamento do casal (FF, TL, AUT, REF, CC), e áreas que se referem sobretudo ao amor (SES, SEX, IE, C, CFP). Dos 44 itens da EASAVIC, **16** representam zonas cujo foco é o casal (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38) e **14** representam zonas cujo foco é o próprio (9, 10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41 e 43). A resposta a estes itens é organizada através de escalas de Likert em seis pontos, o que permite que cada indivíduo avalie a sua satisfação em cada um dos itens, escolhendo uma possibilidade entre: Nada Satisfeito (1); Pouco Satisfeito

(2); Razoavelmente Satisfeito (3); Satisfeito (4); Muito Satisfeito (5) e Completamente Satisfeito (6) (Narciso & Costa, 1996, p.116).

3.2.4.1 Características Psicométricas da EASAVIC na amostra do presente estudo

A EASAVIC apresenta uma elevada consistência interna ao nível da sua escala total, constituída pelos 44 itens ($\alpha = .984$). Relativamente às subescalas, Intimidade Emocional, Sexualidade e Comunicação/Conflito, estas apresentam uma consistência interna elevada (respectivamente: $\alpha = .982$; $\alpha = .976$ e $\alpha = .914$), a subescala Funções Familiares apresenta uma consistência interna razoável ($\alpha = .872$) que aumenta ao eliminarmos o item 1 ($\alpha = .906$), as subescalas Rede Social e Tempos Livres apresenta uma consistência interna aceitável/ sofrível (respectivamente: $\alpha = .755$ e $\alpha = .614$) e, finalmente, a subescala Autonomia apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .828$) que pode ser melhorada ao eliminar-se o item 12 ($\alpha = .891$) e o item 13 ($\alpha = .942$).

3.3 – Hipóteses Específicas

Tendo em conta os instrumentos escolhidos para a operacionalização das variáveis do presente estudo, é possível gerar hipóteses específicas.

HE1 – nas mães de bebés pré-termo, a variância estatística da variável Sentimentos na Interacção (SI) pode ser explicada pela ansiedade, pela depressão e pelo stress vividos durante o primeiro mês de vida do bebé, mesmo após o controlo dos impactos das variáveis sóciodemográficas maternas e paternas, da satisfação com o relacionamento conjugal, das variáveis clínicas maternas e das características do bebé.

HE2 – nas mães de bebés pré-termo, a variância estatística da variável Sentimentos em Relação ao Bebé (SRB) pode ser explicada pela depressão, pela ansiedade e pelo stress vividos durante o primeiro mês de vida do bebé, mesmo após o controlo dos impactos das variáveis sóciodemográficas maternas e paternas, da satisfação com o relacionamento conjugal, das variáveis clínicas maternas e das características do bebé.

HE3 – nas mães de bebés pré-termo, a variância estatística da variável Prazer na Interacção (PI) pode ser explicada pela depressão, pela ansiedade e pelo stress vividos durante o primeiro mês de vida do bebé, mesmo após o controlo dos impactos das variáveis

sóciodemográficas maternas e paternas, da satisfação com o relacionamento conjugal, das variáveis clínicas maternas e das características do bebé.

3.4 – Procedimento

Após obtenção da autorização formal por parte do Conselho de Administração e da Comissão de Ética, a recolha da amostra iniciou-se em Março de 2012 em articulação com as Unidades de Cuidados Neonatais e com o Serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Os questionários foram entregues às utentes nas Unidades de Cuidados Neonatais, na Sala de pais, nas enfermarias de Puerpério e na Sala de Espera da Consulta Externa de Desenvolvimento. Cada utente era abordada pela investigadora que lhe explicava o objectivo da investigação, pedindo a sua colaboração, sendo-lhe mostrada a Folha de Informação à Participante, a Declaração de Consentimento Informado e o Caderno de Recolha de Dados. Caso a utente aceitasse participar no estudo, era-lhe pedido que assinasse a Folha de Informação à Participante e a Declaração de Consentimento Informado.

De seguida, as participantes a resposta aos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Questionário de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN), Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) e Escala de Satisfação Conjugal (EASAVIC), aplicados exactamente por esta ordem.

Os Cadernos de Recolha de Dados foram codificados numericamente, de forma a organizar os dados sem nunca, em qualquer momento, identificar as participantes.

3.5 – Amostra

3.5.1 – Selecção da Amostra

Dada a especificidade da amostra necessária à realização deste estudo e devido à facilidade de contacto com a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em função do estágio curricular em curso, optou-se pelo acesso a um conjunto de mães de bebés que tivessem nascido pré-termo (idade gestacional <36 semanas) com menos de dois meses de vida, recorrendo às Unidades de Cuidados Neonatais e à consulta de Desenvolvimento.

Após ter sido recepcionada a carta de autorização do Conselho de Administração, foi iniciada a recolha da amostra.

3.5.2 – Caracterização da Amostra

3.5.2.1 – As participantes

As mães que constituem a amostra têm entre 24 (5%) e 40 anos de idade (2,5%), sendo que a média das idades é de 32,2 anos (SD = 3,99). Há uma maioria de participantes de nacionalidade portuguesa (85%), 7,5% são de nacionalidade brasileira, 5% são de origem africana e 2,5% são da Europa de leste.

Relativamente ao estatuto conjugal, 57,5% das mães são casadas, 37,5% vivem em união de facto, 2,5% são divorciadas e 2,5% vivem em outro tipo de situação. Das participantes casadas, sabemos que os anos de casamento variam entre 1 (2,5%) e 16 (2,5%), sendo a média 6,8 anos (SD = 4,92). No que respeita aos anos de relacionamento, variam entre 1 (2,5%) e 18 (7,5%), sendo a média 8,9 anos (SD = 5,36). Quanto ao número de relações conjugais destas mulheres, 45% tiveram apenas uma relação, 10% tiveram duas e apenas 5% tiveram três relacionamentos.

Tabela 1. Nacionalidade

		Frequência	Percentagem
Nacionalidade	Portuguesa	34	85,0
	Brasileira	3	7,5
	Africana	2	5,0
	Europa de Leste	1	2,5
	Total	40	100,0

Tabela 2. Estatuto conjugal

		Frequência	Percentagem
Estatuto Conjugal	Casada	23	57,5
	União de Facto	15	37,5
	Divorciada	1	2,5
	Outro	1	2,5
	Total	40	100,0

O número de filhos destas mulheres varia entre 1 (40%) e 5 (10%), sendo a média 2,2 (SD = 1,3).

Quanto ao nível de instrução, 45% das participantes têm mais de 12 anos de estudo (Ensino Universitário ou equivalente), 27,5% têm entre 10 a 12 anos de estudo (Ensino Secundário

ou Profissionalizante), 10% têm entre 7 a 9 anos de estudo (3º Ciclo do Ensino Básico), 5% têm entre 6 a 4 anos de estudo (1º e 2º Ciclos do Ensino Básico) e 12,5% têm o Ensino Básico incompleto ou nulo.

Quanto ao estatuto laboral das participantes na altura da recolha da amostra, 82,5% estão empregadas e 17,5% não têm qualquer tipo de ocupação. Das participantes empregadas, 32,5 % pertencem à categoria 1 (a categoria superior da classificação de GRAFFAR), 5% estão na categoria 2, 25% inserem-se na categoria 3, 7,5% pertencem à categoria 4 e 30% pertencem à categoria 5, a mais inferior da escala.

Tabela 3. Estatuto Laboral

		Frequência	Percentagem
Estatuto Laboral	Activo	33	82,5
	Desempregado	7	17,5
	Total	40	100,0

Relativamente ao tamanho do agregado familiar, este varia entre 2 (7,5%) e 7 membros (5%), sendo a média de 4,00 (SD = 1,32), e a maioria das famílias das participantes é constituída por 3 elementos (37,5%). Quanto à fonte de rendimento do agregado familiar, a maioria (62,5%) dispõe de um rendimento mensal fixo, estando a média entre a fonte anteriormente mencionada e os altos honorários (25%). Destas mulheres, 52,5% vivem numa casa de categoria intermédia, confortável e espaçosa e 47,5% vivem numa casa ou andar modesto, bem conservado, com cozinha e casa de banho. Quanto à localização da residência, 45% vivem num bairro residencial bom, 45% vivem em ruas típicas de Lisboa, estreitas e antigas e 10% vivem em bairros populosos.

Um outro dado apurado na amostra diz respeito à habitação com o pai do bebé. A maioria das mães, 92,5% respondeu afirmativamente, enquanto 7,5% (3 mães) afirma que não vivem com o pai do bebé. Das 3 participantes que afirmam não viver com o pai do bebé, 1 (2,5%) está com ele todos os dias, uma outra (2,5%) está com ele uma vez por semana e uma terceira (2,5%) está com o pai do bebé algumas vezes por ano.

Tabela 4. Vive com o pai do bebé e está com ele

		Frequência	Percentagem
Vive com o Pai	Sim	37	92,5
	Não	3	7,5
	Total	40	100,0
Está Com Ele	Todos os dias	1	2,5
	1x por semana	1	2,5
	Algumas vezes por ano	1	2,5
	Total	3	7,5

No que respeita à relação com o pai do seu bebé, 82,5% descreve-a como sendo muito boa, 15% descreve-a como sendo boa, e 2,5% descreve-a como sendo razoável, sendo que 97,5% das participantes diz sentir-se, frequentemente, apoiada pelo pai do bebé.

Tabela 5. Relação com o pai e apoiada pelo pai

		Frequência	Percentagem
Relação com o pai	Muito Boa	33	82,5
	Boa	6	15
	Razoável	1	2,5
	Total	40	100,0
Apoiada pelo pai	Frequentemente	39	97,5
	Nunca	1	2,5
	Total	40	100,0

Relativamente aos apoios em casa, 95% das participantes referem ter apoios contra 5% que referem não ter apoios em casa.

3.5.2.2 – A vida reprodutiva

No que respeita aos dados da gravidez, apurou-se que para todas as mulheres (100%) a gravidez foi desejada, para 75% das participantes foi uma gravidez planeada e para 25% não o foi. A totalidade (100%) das gravidezes foram vigiadas, com a regularidade das consultas a variar entre uma vez por semana para 17,5% das participantes, quinzenalmente

para 42,5% das participantes, mensalmente para 35% das participantes, e noutra regularidade para 5% das participantes.

As semanas de confirmação da gravidez variam entre a 1ª (2,5%) e a 18ª semanas (2,5%), sendo a média de 6,7 semanas (SD = 3,25). Para 37,5% das participantes, esta é a primeira gravidez, para 5% é a quinta gravidez, sendo a média de 1,32 (SD = 1,45).

Tabela 6. Gravidez planeada, desejada e vigiada

		Frequência	Percentagem
Gravidez Planeada	Sim	30	75,0
	Não	10	25,0
	Total	40	100,0
Gravidez Desejada	Sim	40	100,0
Gravidez Vigiada	Sim	40	100,0

Durante a gravidez, 65% das participantes sofreram de problemas. Entre estes, os menos frequentes são a diabetes gestacional (2,5%) e os mais frequentes a pré-eclâmpsia (15%).

Tabela 7. Problemas na gravidez e tipo de problemas

		Frequência	Percentagem
Problemas na Gravidez	Sim	26	65,0
	Não	14	35,0
	Total	40	100,0
Tipo de Problemas	RCIU	2	5,0
	Eclâmpsia e Pré- Eclâmpsia	6	15,0
	Diabetes Gestacional	1	2,5
	Hemorragias	4	10,0
	Placenta e Liquido Amniótico	2	5,0
	Vários	3	7,5
	Outros	6	15,0
	Total	24	60,0

Relativamente à preferência pelo sexo do bebé, 47,5% das mulheres manifestavam preferência, 50% não tinham qualquer tipo de preferência e os restantes 2,5% não responderam.

Tabela 8. Preferência pelo sexo do bebé

			Frequência	Percentagem
Preferência pelo sexo do bebé	Sim		19	47,5
	Não		20	50,0
	Total		39	97,5

3.5.2.3 – O Parto

Relativamente ao parto, a maioria das mulheres deu à luz através de uma cesariana com anestesia epidural (65%). Das cesarianas, 9 (22,5%) foram planeadas e 18 (45%) não foram planeadas. Os motivos das cesarianas oscilam entre a hipertensão (20%), vários motivos combinados (5%) e outros motivos (35%).

Tabela 9. Tipo de parto

		Frequência	Percentagem
Tipo de Parto	Vaginal sem Epidural	6	15,0
	Vaginal com Epidural	6	15,0
	Fórceps e Ventosa	1	2,5
	Cesariana com Anestesia Geral	1	2,5
	Cesariana com Epidural	26	65,0
	Total	40	100,0

Tabela 10. Cesariana Planeada e Motivo

		Frequência	Percentagem
Planeada	Sim	9	22,5
	Não	18	45,0
	Total	27	67,5
Motivo	Hipertensão	8	20,0
	Vários	2	5,0
	Outro	14	35,0
	Total	24	60,0

Em relação ao parto ter acontecido pré-termo, os motivos principais dividem-se entre a Eclâmpsia e Pré-Eclâmpsia (22,5%) e RPM (20%) – Ruptura Prematura das Membranas.

Tabela 11. Motivo de Parto Pré-termo

		Frequência	Percentagem
Motivo	RCIU	3	7,5
	Eclâmpsia e Pré-Eclâmpsia	9	22,5
	RPM	8	20,0
	Contracções	1	2,5
	Gravidez Gemelar	2	5,0
	Outro	6	15,0
	Total	29	72,5

Quanto ao número de horas de trabalho de parto, variam entre 0 (5%) e 13 (2,5%) horas, sendo a média de 4,42 horas (SD = 4,09).

Das participantes inquiridas, 32,5% tiveram apoio no trabalho de parto, sendo que em 27,5% dos casos o apoio era do pai do bebé e em 5% dos casos o apoio era de outros (familiares e pessoal médico).

Tabela 12. Apoio no trabalho de parto e quem

		Frequência	Porcentagem
Apoio	Sim	13	32,5
	Não	23	57,5
	Total	36	90,0
Quem	Pai do bebé	11	27,5
	Outros	2	5,0
	Total	13	32,5

3.5.2.4 – Os bebés pré-termo

Esta amostra é constituída por 40 bebés pré-termo, sendo que 27 (67,5%) são do sexo masculino, 13 do sexo feminino (32,5%).

Tabela 13. Sexo do bebé

		Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	13	32,5
	Masculino	27	67,5
	Total	40	100,0

À nascença, o peso oscila entre 490 gramas (2,5%) e 2335 gramas (2,5%), sendo a média de 1583,95 gramas (SD = 442,35).

Quanto ao comprimento, os bebés mediam entre 30 (5%) e 47 centímetros (2,5%), sendo a média de 39,85 centímetros (SD = 3,72).

Ao 1º minuto, o Índice de Apgar varia entre 4 (5%) e 10 (5%), sendo a média de 7,96 (SD = 1,74). Ao 5º minuto, o Índice de Apgar varia entre 8 (10%) e 10 (32,5%), sendo a média de 9,36 (SD = 0,76).

O tempo de gestação, com uma média de 31,82 (SD = 2,40) semanas, varia entre 26 (2,5%) e 36 semanas (15%), tendo a maioria dos bebés nascido com 32 semanas.

Com poucas horas de vida, 60% dos bebés encontravam-se na Unidade de Cuidados Intensivos e 40% dos bebés encontravam-se na Unidade de Cuidados Intermédios.

Tabela 14. Cuidados Neonatais

		Frequência	Percentagem
Cuidados Neonatais	Intermédios	16	40,0
	Intensivos	24	60,0
	Total	40	100,0

No que respeita às visitas, 92,5% das mães visitava o seu bebé diariamente, 5% das mães visitavam o seu bebé com uma regularidade de 5 a 6 vezes por semana e 2,5% visitavam os seus bebés apenas 3 a 4 vezes por semana. Nestas visitas, 47,5% das mães pegavam sempre no seu bebé e 12,5% das mães nunca pegavam no seu bebé; 60% prestavam sempre os cuidados ao seu bebé enquanto 7,5% das mães nunca o faziam; 95% das mães faziam sempre festinhas ao seu bebé enquanto 2,5% nunca o faziam.

Em relação à amamentação, 15% destes bebés eram amamentados e 80% não o eram; dos que não eram amamentados, 5% das mães não tinham leite, e 60% não o fazia por outros motivos, como o facto de a criança estar entubada ou ainda não poder ingerir alimento. Independentemente do método de alimentação, 87,5% das mães tiravam leite enquanto apenas 12,5% não o faziam. Em mães com mais de um filho, 40% amamentou o(s) seu(s) outro(s) bebé(s) até idades que variam entre os 3 meses (12,5%) e mais de 12 meses (10%).

Tabela 15. Amamentação, tirada de leite e razão de não amamentação

		Frequência	Percentagem
Amamentou	Sim	6	15,0
	Não	34	85,0
	Total	40	100,0
Tirou leite	Sim	35	87,5
	Não	5	12,5
	Total	40	100,0
Motivo de não amamentação	Não tinha leite	2	5,0
	Outros	24	60,0
	Total	26	65,0

3.5.2.5 – O Companheiro

Os companheiros das participantes tinham idades entre os 24 (5%) e os 49 anos (2,5%), com a média a localizar-se nos 33,92 anos (SD = 5,68). Estes homens eram maioritariamente de nacionalidade portuguesa (90%), casados (57,5%) ou a viverem em união de facto (37,5%).

O número de anos de escolaridade com sucesso varia entre 1 (2,5%) e 19 anos (7,5%), sendo a média de 11,76 anos (SD = 4,68).

Respeitante ao estatuto laboral, todos os pais estão no activo, sendo que a maioria se insere na categoria 1 de GRAFFAR (27,5%), seguida de 22,5% para a categoria 2 (subdirectores e peritos) e 22,5% para a categoria 4 (operários especializados).

Tabela 16. Estatuto Conjugal e Estatuto Laboral

		Frequência	Percentagem
Estatuto Conjugal	Solteiro	1	2,5
	Casado	23	57,5
	União de Facto	15	37,5
	Divorciado	1	2,5
	Total	40	100,0

4. Resultados

Foi realizada a testagem das hipóteses específicas formuladas no capítulo anterior. Os resultados que serão apresentados resultam de análise estatística, através de regressão linear com o programa SPSS 19.0, dos dados obtidos a partir das 40 participantes no estudo.

Ao analisar a presença de multicolinearidade, foram encontradas algumas variáveis que infringiam os valores de Tolerância ($< .1$) e VIF (> 10.0), pelo que foram eliminadas. Estas variáveis são: o número de elementos do agregado familiar (Tol: .048 / VIF: 20.754); gravidez planeada (Tol: .053 / VIF: 18.894); peso do bebé à nascença (Tol: .065 / VIF: 15,418); número de filhos (Tol: .078 / VIF: 12,850); idade do companheiro (Tol: .068 / VIF: 14.806) e NSE total da mãe (Tol: .096 / VIF: 10,467).

Prosseguiu-se com a eliminação das variáveis que se apresentavam constantes entre todas as participantes. Essas variáveis são: nacionalidade da mãe, vive com o companheiro, relação com o pai do(a) bebé, apoiada pelo pai do(a) bebé, outros apoios em casa, gravidez desejada, gravidez vigiada e visitas semanais.

Eliminaram-se as seguintes variáveis por se encontrarem incompletas e, desse modo, reduzirem, significativamente, o número de sujeitos em análise: número de anos de relacionamento, número de relações conjugais, profissão do pai, tipo de problemas durante a gravidez, preferência pelo sexo do(a) bebé, cesariana planeada, motivo da cesariana, horas de trabalho de parto, quem apoiou durante o parto, índice de Apgar do(a) bebé ao 1º minuto, índice de Apgar do(a) bebé ao 5º minuto, razão da não amamentação, amamentou outros filhos e até que idade amamentou outros filhos.

Por fim, a data de nascimento dos bebés foi eliminada por servir apenas para o cálculo da idade cronológica.

De seguida, foi feito o estudo do ajustamento à distribuição normal de todas as variáveis métricas a incluir nos vários modelos da regressão linear. Observou-se que a distribuição da variável idade materna e da variável anos de relacionamento conjugal não se afastavam da distribuição normal. Em relação a todas as outras distribuições, inspeccionaram-se os gráficos Q-Q Plot e concluiu-se que as suas distribuições não se afastavam dos parâmetros esperados, pelo que foi possível prosseguir com a análise de regressão.

A ordem de entrada das variáveis para a análise de regressão fez-se por agrupamento das mesmas em cinco modelos. O Modelo 1 engloba as características sociodemográficas maternas e paternas, sendo constituído pelas variáveis: idade da mãe,

número de anos de relacionamento, número de anos de escolaridade com sucesso da mãe, estatuto laboral da mãe, número de anos de escolaridade com sucesso do companheiro e nacionalidade do companheiro. O Modelo 2 engloba as variáveis anteriores e as características clínicas e obstétricas da mãe (número de semanas de confirmação da gravidez, número de gravidezes anteriores, regularidade das consultas, problemas na gravidez, tipo de parto, anestesia no parto, apoio no trabalho de parto e motivo do parto pré-termo). O Modelo 3 engloba todas as variáveis anteriores e as características do bebé além das características da relação da mãe com o bebé (idade cronológica, comprimento do(a) bebé à nascença, número de semanas de gestação, sexo do(a) bebé, cuidados neonatais, cuidados semanais, pegas semanais, festinhas semanais, amamentação e tirada de leite). O Modelo 4 engloba todas as variáveis anteriores conjuntamente com a EASAVIC (sendo utilizada a escala total, ou em alternativa, as suas subescalas Intimidade Emocional, Sexualidade, Comunicação e Conflito, Funções Familiares, Rede Social, Autonomia e Tempos Livres). O Modelo 5 engloba todas as variáveis anteriores conjuntamente com a EADS (sendo usada a sua escala total ou, em alternativa, as suas subescalas Ansiedade, Depressão e Stress).

4.1 – Teste de Hipóteses

As hipóteses foram testadas em duas etapas sequenciais. Os esquemas que se seguem esclarecem o procedimento em causa que foi efectuado para cada uma das hipóteses específicas.

Etapa 1.

1º Passo	2º Passo	3º Passo	4º Passo	5º Passo
Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas	Variáveis clínicas e obstétricas da mãe	Variáveis do bebé	Escala total da EASAVIC	Escala total da EADS

Etapa 2.

1º Passo	2º Passo	3º Passo	4º Passo	5º Passo
Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas	Variáveis clínicas e obstétricas da mãe	Variáveis do bebé	Subescalas EASAVIC	Subescalas EADS

4.1.1 – Teste da Hipótese Específica 1

Primeiramente, foi utilizada como variável dependente a dimensão Sentimentos na Interacção, de forma a verificar a influência das outras variáveis sobre esta.

Num primeiro momento, os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 17. Análise de Regressão relativa à HE1 (a)

Modelo	R	R ²	Adjusted R ²	Std error of estimate	R ² Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.550	.302	.175	2.19281	.302	2.379	6	33	.051
2	.647	.418	.093	2.29951	.117	.626	8	25	.748
3	.887	.787	.446	1.79728	.368	2.592	10	15	.047
4	.897	.805	.456	1.78095	.018	1.276	1	14	.278
5	.990	.979	.938	.60226	.175	109.423	1	13	.000

(a) VD: Sentimentos na Interacção; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M3 – Variáveis do bebé; M4 – Escala total da EASAVIC; M5 – Escala total da EADS.

Verificamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 93,8% da variância estatística dos Sentimentos na Interacção, avaliados através da EVMPN. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 3 – Características do Bebé ($p = .047$) e o do Modelo 5 – EADS, escala total ($p = .000$), sendo marginalmente significativo o contributo do Modelo 1 – Características Sociodemográficas maternas e paternas ($p = .051$).

Num segundo momento, os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 18. Análise de Regressão relativa à HE1 (a)

Modelo	R	R ²	Adjusted R ²	Std error of estimate	R ² Change	F Change	df1	Df2	Sig. F Change
1	.550	.302	.175	2.19281	.302	2.379	6	33	.051
2	.647	.418	.093	2.29951	.117	.626	8	25	.748
3	.887	.787	.446	1.79728	.368	2.592	10	15	.047
4	.999	.988	.988	.26520	.211	97.275	7	8	.000
5	1.000	.999	.995	.16364	.002	5.337	3	5	.051

(a) VD: Sentimentos na Interacção; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2- Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M3- Variáveis do bebé; M4- Subescalas da EASAVIC; M5- Subescalas da EADS.

Verificamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 99,5% da variância dos Sentimentos na Interação, avaliados através da EVMPN. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 3 – Características do Bebê ($p = .047$) e o do Modelo 4 – Subescalas da EASAVIC ($p = .000$), sendo quase significativos os contributos do Modelo 1 – Características Sociodemográficas maternas e paternas ($p = .051$) e do Modelo 5 – subescalas da EADS ($p = .051$).

4.1.2 Testagem da Hipótese Específica 2

Em segundo lugar, foi utilizada como variável dependente a dimensão Sentimentos em Relação ao Bebê, de forma a verificar a influência das outras variáveis sobre esta. Esta análise foi, efectuada nas duas etapas descritas inicialmente.

Num primeiro momento, os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 19. Análise de Regressão para a HE2 (a)

Modelo	R	R ²	Adjusted R ²	Std error of estimate	R ² Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.289	.802	-.083	1.41398	.084	.502	6	33	.802
2	.657	.432	.114	1.27906	.348	1.916	8	25	.102
3	.799	.638	.059	1.31801	.206	.854	10	15	.590
4	.799	.638	-.007	1.36381	.000	.009	1	14	.924
5	.802	.643	-.071	1.40590	.005	.174	1	13	.683

(a) VD: Sentimentos em Relação ao Bebê; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2- Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M3- Variáveis do bebê; M4- Escala Total da EASAVIC; M5- Escala Total da EADS.

Verificamos que os cinco passos da nossa análise não conseguem explicar a variância da dimensão Sentimentos em Relação ao Bebê, avaliados através da EVMPN.

Num segundo momento, os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 20. Análise de Regressão para a HE2 (a)

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro da estimativa	R ² Change	F Change	Df1	df2	Sig. F Change
1	.289	.083	-.083	1.41398	.084	.502	6	33	.802
2	.657	.432	.114	1.27906	.348	1.916	8	25	.102
3	.799	.638	.059	1.31801	.206	.854	10	15	.590
4	.948	.898	.503	.95764	.260	2.916	7	8	.078
5	.999	.998	.983	.17565	.100	77.599	3	5	.000

(a) VD: Sentimentos em Relação ao Bebê; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M3 – Variáveis do bebê; M4- Subescalas da EASAVIC; M5 – Subescalas da EADS.

Verificamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 99,3% da variância estatística dos Sentimentos em Relação ao Bebê, avaliados através das EVMPN. Para esta capacidade explicativa, é significativo apenas o contributo do Modelo 5 – subescalas da EADS ($p = .000$), sendo marginalmente significativo o contributo do Modelo 4 – subescalas da EASAVIC ($p = .078$).

4.1.3 – Teste da Hipótese Específica 3

Por fim, foi utilizada como variável dependente a dimensão Prazer na Interacção, de forma a verificar a influência das outras variáveis sobre esta. Esta análise foi efectuada nas duas etapas descritas inicialmente.

Num primeiro momento, os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 21. Análise de Regressão para HE3 (a)

Modelo	R	R ²	Adjusted R ²	Std error of estimate	R ² Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.455	.198	.052	1.34094	.198	1.359	6	33	.260
2	.653	.427	.106	1.30236	.229	1.248	8	25	.314
3	.771	.594	-.054	1.41449	.167	.619	10	15	.776
4	.772	.596	-.124	1.46042	.002	.071	1	14	.793
5	.775	.600	-.199	1.50806	.004	.129	1	13	.725

(a) VD: Prazer na Interacção; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2 – Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M3 – Variáveis do bebê; M4 – Escala Total da EASAVIC; M5 – Escala Total da EADS.

Verificamos que os cinco passos da nossa análise não conseguem explicar a variância estatística da dimensão Sentimentos na Interacção, avaliados através da EVMPN.

Num segundo momento, os resultados da regressão apresentam-se da seguinte forma, como é possível ver na tabela abaixo.

Tabela 22. Análise de Regressão para a HE3 (a)

Modelo	R	R ²	Ajusted R ²	Std error of estimate	R ² Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.455	.198	.052	1.34094	.198	1.359	6	33	.260
2	.653	.427	.106	1.30236	.229	1.248	8	25	.314
3	.771	.594	-.054	1.41449	.167	.619	10	15	.776
4	.940	.884	.4433	1.03754	.289	2.840	7	8	.083
5	.999	.998	.983	.17708	.114	89.880	3	5	.000

(a) VD: Prazer na Interação; VI's: M1-Variáveis Sociodemográficas maternas e paternas; M2- Variáveis clínicas e obstétricas da mãe; M3- Variáveis do bebé; M4- Subescalas da EASAVIC; M5- Subescalas da EADS.

Verificamos que os cinco passos da nossa análise são responsáveis por 98,3% da variância estatística da dimensão Sentimentos na Interação, avaliados através das subescalas da EVMPN. Para esta capacidade explicativa, é significativo o contributo do Modelo 5 – subescalas da EADS ($p = .000$) e marginalmente significativo o contributo do Modelo 4 – subescalas da EASAVIC ($p = .083$).

5. Discussão de Resultados e Principais Conclusões

Tendo em conta tudo aquilo que foi apresentado, podemos afirmar que as nossas hipóteses foram parcialmente confirmadas.

A variância da qualidade da vinculação materna pós-natal pode ser explicada pelos estados emocionais negativos. Esta explicação ocorre ao nível da dimensão Sentimentos na Interação mas não ao nível das dimensões Sentimentos em relação ao bebé e Prazer na Interação. Estas conclusões podem ser interpretadas da seguinte forma: o tipo de sentimentos que emerge durante a interação mãe-bebé pode ser modulado pelos estados emocionais negativos; influenciada por estes estados emocionais, a mãe pode sentir-se culpada por não se envolver mais profundamente com a criança; pode sentir-se menos competente quando lida com ela ou mesmo sentir-se mais tensa aquando da interação. As interações negativas podem exacerbar-se quando estão presentes estes estados emocionais (Coyl, Roggman, & Newland, 2002). Apesar disso, os sentimentos que a mãe tem pelo seu bebé não se alteram drasticamente, continuando aquela a sentir carinho, afecto, orgulho e satisfação com este. O prazer que a mãe obtém durante a interação pode variar ligeiramente; continua a não ser fácil deixar o seu bebé, pensando nele ao longo do dia e tendo vontade de o reencontrar.

O facto de as características do bebé serem significativas para a explicação da variância da dimensão Sentimentos na Interação auxilia-nos na compreensão de que a prematuridade pode ser um coadjuvante nos sentimentos de culpa, de incompetência e de tensão psicológica nestas mães. Estes bebés apresentam mais desafios, podendo ser descritos como mais difíceis, enviando sinais menos claros para a figura materna (Feldman et al., 1999). O facto de estes bebés serem mais pequenos e mais frágeis intensifica o medo de os pais não serem capazes de cuidar correctamente do seu bebé (Thomaz et al., 2005). Para além disso, o bebé pré-termo tem um limiar mais baixo para a activação de reacções aversivas ou defensivas e um limiar mais elevado para respostas atencionais e de orientação (Rosenblatt, 1997), o que pode dificultar os momentos de interação. Estes bebés irritam-se com mais facilidade e têm mais dificuldade em se acalmarem bem como em modularem a excitação, o que pode dificultar a mudança de estados durante a interação e provocar sentimentos de tensão na mãe. O choro persistente e aparentemente inexplicável pode minar ainda mais a confiança da mãe, levando-a a recear estar a cometer algum erro ou a pensar que algo está mal com o bebé (Rosenblatt, 1997). O cuidar de um bebé recém-nascido é, só por si, uma tarefa que põe à prova a capacidade maternal da

mulher e o facto de estes bebés serem menos alerta (Crnic et al., 1983; Macey et al., 1987; Cox et al., 2000, Muller-Nix et al., 2004), menos activos (Crnic et al., 1983; Macey et al., 1987; Muller-Nix et al., 2004), mais difíceis de acalmar (Chapieski & Evankovich, 1997), demonstrarem mais afecto negativo (Schmucker et al., 2005; Chapieski & Evankovich, 1997) e menos afecto positivo (Macey et al., 1987; Udry-Jørgensen et al., 2011; Brisch et al., 2005; Schmucker et al., 2005), comunicarem as suas necessidades menos claramente (Macey et al., 1987), serem mais irritáveis (Goldberg et al., 1986; Schmucker et al., 2005), terem um choro mais aversivo (Frodi & Thompson, 1985; Manglesdorf et al., 1996), serem mais exigentes (Singer et al., 1999), sorrirem menos (Frodi & Thompson, 1985), serem mais passivos (Udry-Jørgensen et al., 2011; Schmucker et al., 2005; Crawford, 1982), terem mais dificuldade em entrar em interacções sociais e serem mais vulneráveis a dificuldades de interacção com as mães (Cox et al., 2000) e também o facto de proporcionarem uma interacção menos gratificante (Schmucker et al., 2005) aumentam esses sentimentos de culpa, de tensão e de incompetência, sem que, apesar disso, deixem de amar os seus filhos ou de obter algum prazer na interacção com eles. O facto de a qualidade do relacionamento conjugal que a mulher partilha com o seu companheiro também ser significativo na explicação da dimensão que nos ocupa evidencia que a estabilidade conjugal bem como um relacionamento feliz e de boa qualidade entre o casal faz com que a mãe se sinta mais confiante e apoiada.

O facto de a ansiedade, a depressão e o stress, quando avaliados em relação à dimensão dos Sentimentos em Relação ao Bebé e à dimensão do Prazer na Interacção, serem significativos na explicação das suas variâncias é importante. As mães ansiosas são geralmente mais propensas a uma maior preocupação e são menos capazes de auto-regulação dos estados emocionais negativos, sendo mais afectadas pelas tarefas de monitorização da sobrevivência do bebé, experienciando elevados níveis de preocupação e sendo menos eficientes na manutenção dessa mesma preocupação em níveis não disruptivos (Feldman, 1999). A interacção é, pois, pautada pela constante ansiedade e pela necessidade de monitorização o que pode impedir o desfrutar da interacção com o recém-nascido. Num estudo de 1999, Wijnroks conclui que os sentimentos e angústias que a mãe recorda ter vivido após um parto pré-termo e um consequente período de internamento hospitalar do bebé relacionam-se com a qualidade da interacção que tem com o seu filho. Assim sendo, podemos afirmar que o impacto da ansiedade na interacção é mediado pela história clínica do bebé, pelo seu comportamento e pelo seu estado de desenvolvimento. A ansiedade materna contribui para que as mães demonstrem menos emoções positivas

calorosas ao mesmo tempo que demonstram sentimentos negativos e catastróficos em excesso, estando significativamente associada às interacções mães-bebés, ou seja, quanto mais ansiosa está a mãe menos provável é que a criança se apresente responsiva. Estes dados de Schmucker e colaboradores (2005) sugerem que uma elevada ansiedade conduz a interacções pouco sensíveis; contudo, se a criança demonstra pouca responsividade, a mãe pode reagir de forma mais ansiosa e estar emocionalmente menos disponível para o bebé, levando a que ele fique menos responsivo na interacção. No que respeita às mães deprimidas e pouco responsivas, estas, por vezes, geram respostas deprimidas nas suas crianças (Ainsworth et al., 1978); quanto mais sintomas depressivos a mãe apresenta, mesmo que a um nível subclínico, mais provável é que o bebé apresente uma vinculação insegura (Schmucker et al., 2005). A depressão materna tem impacto na capacidade de a mãe entrar num estado mental afectuoso típico do período de vinculação e está associada a poucos comportamentos afiliativos e a poucas representações de afiliação. Tem-se mostrado que a depressão afecta a disponibilidade da mãe para o seu bebé, a sua capacidade de sincronização com microestados de estimulação afectiva e a sua consistência de estilo e estimulação. Feldman e colaboradores, 1999, concluem que nas mães deprimidas, a capacidade de se envolverem nos aspectos prazerosos da formação de uma relação vinculativa é reduzida. As díades que iniciam a sua relação precoce em circunstâncias de elevado stress continuam a experienciar grandes dificuldades interactivas quando comparadas com díades que iniciam a sua relação em circunstâncias óptimas (Borghini et al., 2006). Em 1983, Crinic e colaboradores concluíram que as mães que reportam sentirem-se mais stressadas foram classificadas como sendo menos sensíveis às pistas comunicativas enviadas pelos filhos. Na sua investigação, Coyl e colaboradores (2002) concluíram que as mães que se encontram sob stress muito severo dão instruções mais negativas ao seu bebé e entram, com maior frequência, em interacções hostis com as suas crianças.

O conjunto dos factos referidos anteriormente permitem-nos concluir que a presença de estes estados emocionais negativos específicos nas mães, nos primeiros tempos do relacionamento com o seu bebé, pode dificultar o relacionamento na medida em que uma mãe ansiosa, stressada e também deprimida tem uma menor disponibilidade interna para se dedicar a um bebé; logo, vai sentir a interacção como menos prazerosa, terá menos energia interna para pensar no seu bebé e talvez não deseje vê-lo com tanta frequência, pelo que a compreensão da influência dos estados emocionais na vinculação

materna é essencial para uma prevenção precoce e intervenção que promova um desenvolvimento óptimo.

Para concluir, considerámos relevante mencionar algumas limitações desta investigação. Primeiramente, é de mencionar as limitações relativas à aplicação dos questionários, que decorreram nas Unidades de Cuidados Neonatais enquanto as mães visitavam os seus bebés, ou na sala de espera da consulta de Desenvolvimento, enquanto esperavam pela consulta. Estas condições não são, de modo nenhum as ideais; o tempo de que as mães dispunham era, muitas vezes limitado, o que pode ter influenciado a sua disponibilidade para participar na nossa investigação. Para além disso, o facto de o Caderno de Respostas ser composto por quatro questionários pode tornar-se cansativo e demorado. Por fim, tendo em conta a dificuldade em alcançar uma amostra numericamente significativa, é difícil generalizar os resultados obtidos face à população em causa.

6. Bibliografia

Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. New York: Eribaum.

Araneda, M. E., Santelices, M. P., & Farkas, C. (2010). Building infant-mother attachment: The relationship between attachment style, socio-economic well-being and maternal representations. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 30-43.

Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C. H., & Guger, S. (2000). Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 1019-1040.

Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.317-346). Lisboa: Fim de Século.

Beckwith, L., & Rodning, C. (1996). Dyadic processes between mothers and preterm infants: Development at ages 2 to 5 years. *Infant Mental Health Journal*, 17(4), 322-333.

Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkovitch, R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 494-508.

Bozzette, M. (2007). A review of research on premature infant-mother interaction. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(1), 49-55.

Bowlby, J. (1960). Separation Anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 89-113.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss*. Vol.1. Attachment. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. Vol.2. Separation. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Vol.3. Loss. New York: Basic Books.

Brazelton, T. B. (1994). Tornar-se família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento. Lisboa: Terramar.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 3-35.

Brisch, K. H., Bechinger, D., Betzler, S., Heinemann, H., Kächele, H., Pohlandt, F., Schmücker, G., & Buchheim, A. (2005). Attachment quality in very low-birthweight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development. *Parenting: Science and Practice*, 5(4), 311-331.

Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade. Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-256). Lisboa: Fim de Século.

Chapieski, M. L., & Evankovich, K. D. (1997). Behavioral effects of prematurity. *Seminars in perinatology*, 21(3), 221-239.

Condon, J. T., & Corkindale, C. J., (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 57-76.

Coppola, G., Cassiba, R., & Constantini, A. (2007). What can make the difference? Premature birth and maternal sensitivity at 3 months of age: the role of attachment organization, traumatic reaction and baby's medical risk. *Infant Behavior and Development*, 30, 679-684.

Cox, S. M., Hopkins, J., & Hans, S. L. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: neonatal risk status and maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, 21(6), 464-480.

Coyl, D. D., Roggman, L. A., & Newland, L. A. (2002). Stress, maternal depression and negative mother-infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 23(1-2), 145-163.

Crawford, J. W. (1982). Mother-infant interaction in premature and full-term infants. *Child Development, 53*, 957-962.

Crnic, K. A., Ragozin, A. S., Greenberg, M. T., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life. *Child Development, 54*, 1199-1210.

DiVitto, B., & Goldberg, S. (1979). The effects of newborn medical status on early parent-infant interaction. In T. M. Field, A. Sostek, S. Goldberg & H. H. Shuman (Eds.), *Infants born at risk* (pp. 311-332).

Esser, G., Laucht, M., Schmidt, M., Löffler, W., Reiser, A., Stöhr, R-A., Weindrich, D., & Weinel, H. (1990). Behaviour problems and developmental status of 3-month-old infants in relation to organic and psychosocial risks. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 239*, 384-390.

Frodi, A., Thompson, R. (1985). Infant's affective responses in the strange situation: effects of prematurity and of quality of attachment. *Child Development, 56*, 1280-1290.

Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics, 118*(1), 107-114.

Feldman, R., Weller, R., Leckman, J. F., Kuint, J., & Eidelman, A. I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(6), 929-939.

Field, T. M. (1977). Effects of early separation, interactive deficits, and experimental manipulation on mother-infant interaction. *Child Development, 48*, 763-771.

Field, T. M. (1979). Interactions with preterm and term infants. In T. M. Field, A. M. Sostek, S. Goldberg & H. H. Shuman (Eds.), *Infants born at risk* (pp. 333-356). New York: Spectrum.

Field, T. M., Hallock, N., Ting, C., Dempsey, J., Dabiri, C., & Shuman, H. H. (1978). A first year follow-up of high-risk infants: formulating a cumulative risk index. *Child Development, 49*, 119-131.

Figueiredo, B. (2005). Bonding pais-bebé. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.287-314). Lisboa: Fim de Século.

Fuertes, M., Lopes-dos-Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2009). Infant coping and maternal interactive behavior predict attachment in a portuguese sample of healthy preterm infants. *European Psychologist, 14*(4), 320-331.

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

Goldberg, S. (1988). Risk factors in infant-mother attachment. *Canadian Journal of Psychology, 42*(2), 173-188.

Goldberg, S., Perrotta, M., Minde, K., & Corter, C. (1986). Maternal behavior and attachment in low-birthweight twins and singletons. *Child Development, 57*, 34-46.

Grossmann, K., Grossmann, K. E., & Kindler, H. (2005). Early care and the roots of attachment and partnership representations. In K. E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood* (pp. 98-136). New York: Guilford Press.

Hofer, M. A. (1994). Hidden regulators in attachment, separation and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1/2), 3-35.

Insel, T. R. (1997). A neurological basis of social attachment. *The American Journal of Psychiatry, 154*(6), 726-735.

Isabella, R. A. (1993). Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Development, 64*, 605-621.

Klaus, M., & Kennel, J. (1976). Maternal-infant bonding: the impact of early separation or loss on family development. *Journal of Nurse-Midwifery*, 22(2), 16-17.

Klempner, L. G. (2008). Diagnosis and screening of perinatal mood disorders. In S. D. Stone & A. E. Menken (Eds.), *Perinatal and postpartum mood disorders: perspectives and treatment guide for the health care practitioner* (pp. 41-64). New York: Springer Publishing Company.

Klock, S. C. (2004), Obstetrical and gynecological conditions. In P. M. Camic & S. J. Knight (Eds.), *Clinical handbook of health psychology: A practical guide to effective interventions* (pp. 209-232). Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.

Korja, R., Savonlanti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J., Lehtonen, L., & the PIPARI Study Group. (2009). Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 32, 305-311.

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

Levy-Shiff, R., Sharir, H., & Mogilher, M. B. (1989). Mother- and father-preterm infant relationship in the hospital preterm nursery. *Child Development*, 60, 93-102.

Macey, T. J., & Harmon, R. J. (1987). Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 846-852.

Manglesdorf, S. C., Plunkett, J. W., Dedrick, C. F., Berlin, M., Meisels, S. J., McHale, J. L., & Dichtellmiller, M. (1996). Attachment security in very-low birthweight infants. *Developmental Psychology*, 32(5), 914-920.

Minde, K., Corter, C., & Goldberg, S. (1985). The contribution of twinship and health to early interaction and attachment between premature infants and their mothers. In J. D. Call, E. Galenson, & P. I. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry* (pp. 160-175). New York: Basic Books.

Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79, 145-158.

Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T., & Honjo, S. (2004). Depression in the early postpartum period and attachment to children – in mothers of NICU infants. *Infant and Child Development*, 13, 93-110.

Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.

Nkansah-Amankra, S., Luchok, K. J., Hussey, J. R., Watkins, K., & Liu, X. (2010). Effects of maternal stress on lowbirthweight and preterm birth outcomes across neighborhoods of South Carolina, 2000-2003. *Matern Child Health Journal*, 14, 215-226.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(2), 229-239.

Pederson, D.R., Bento, S., Chance, G., Evans, B., & Fox, M. (1991). Maternal emotional response to preterm birth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(1), 15-21.

Plunkett, J. W., Meisels, S. J., Stiefel, G. S., Pasick, P. L., & Roloff, D. W. (1986). Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 25(6), 794-800.

Poehlmann, J., & Fiese, B. H. (2001). The interaction of maternal and infant vulnerabilities on developing attachment relationships. *Development and Psychopathology*, 13(1), 1-11.

Raval, V., Goldberg, S., Atkinson, L., Benoit, D., Myhal, N., Poulton, L., & Zwiers, M. (2001). Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. *Infant Behavior and Development*, 24, 281-304.

Rode, S. S., Chang, P., Niau, P., Fisch, R. O., & Sroufe, L. A. (1981). Attachment patterns in infants separated at birth. *Developmental Psychology, 17*, 188-191.

Rosenblatt, D. (1997). Premature babies. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 565-568). Cambridge: Cambridge University Press.

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

Schmucker, G., Brisch, K. H., Kohntop, B., Betzler, S., Osterle, M., Pohlandt, F., et al. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infant's neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal, 26*, 423-441.

Sroufe, L. A., Fox, N. E., & Pancake, V. R. (1983). Attachment and dependency in developmental perspective. *Child Development, 54*(6), 1615-1627.

Stern, D. (1995). *The motherhood constellation*. London: H. Karnac Books.

Thomaz, A. C. P., Lima, M. R. T., Tavares, C. H. F., & Oliveira, C. G. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia, 10*(1), 139-146.

Udry-Jørgensen, L., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Quality of attachment, perinatal risk, and mother-infant interaction in a high-risk premature sample. *Infant Mental Health Journal, 32*(3), 305-318.

WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Switzerland: WHO.

WHO (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Switzerland: WHO.

Wijnroks, L. (1999). Maternal recollected anxiety and mother-infant interaction in preterm infants. *Infant Mental Health Journal, 20*, 393-409.

Willie, D. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, 14(2), 227-240.

Winnicott, D. W. (1956). La preoccupation maternelle primaire. In D. W. Winnicott (Eds.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 168-174). Paris: La Petite Bibliothèque de Payot.

Winnicott, D. W. (1975). Objectos transicionais e fenómenos transicionais. In D. W. Winnicott (Eds.), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.