

## A prematuridade na perspectiva de mães primíparas e múltíparas. Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e *bonding*

Joana Dias Alexandre\* / Lígia Monteiro\* / Irina Branco\* / Carla Franco\*

\* ISCTE-IUL

A literatura tem referido que a prematuridade do bebé gera nas mães níveis mais elevados de ansiedade, sentimentos depressivos, assim como níveis mais baixos de autoestima, comparativamente com mães de bebés de termo, o que poderá conduzir a um envolvimento emocional mais negativo com o recém-nascido. Essa vivência parece variar em função da paridade das mães (i.e., mãe pela primeira vez vs. múltipara) não obstante não serem muito claras as particularidades desta variável. Este estudo teve como objetivo analisar num grupo de mães primíparas e múltíparas com bebés prematuros, as associações entre o estado Psicoemocional, a Autoestima e o *Bonding* maternos. Participaram 50 mães (27 primíparas e 23 múltíparas), com bebés pré-termo recrutados numa maternidade pública de Lisboa. Os resultados indicam que as mães múltíparas apresentam níveis mais elevados de Sentimentos Depressivos expressando, também, uma maior Capacidade e Preparação Geral para a função materna. A Capacidade Geral para tratar do bebé surge associada de forma negativa com o seu estado Psicoemocional e de forma positiva com o *Bonding*. As associações negativas encontradas entre Ansiedade e Aceitação do bebé, e entre Estado Psicoemocional e *Bonding* não parecem variar em função da paridade, mostrando que os desafios se colocam a ambos os grupos de mães.

**Palavras-chave:** Paridade, Prematuridade, Bonding, Estado psicoemocional, Autoestima materna.

### Introdução

#### *Nascimento e prematuridade*

Diversos autores têm demonstrado o impacto que as relações pais/criança e em particular a qualidade das mesmas têm ao nível do desenvolvimento sócio-emocional e cognitivo, não só nos primeiros anos de vida como, também, ao longo do ciclo vital (Bowlby, 1998). Desta forma, não só do ponto de vista académico como, também, no âmbito do trabalho de prevenção e intervenção psicossocial com as famílias, a compreensão dos fatores protetores e de risco devem ser alvo de estudo.

Neste trabalho centramo-nos nos fatores de risco, com particular saliência na prematuridade do bebé. A prematuridade (nascimento antes das 37 semanas de gestação) constitui-se hoje como a causa mais prevalente da morbilidade e mortalidade infantis nos países industrializados (WHO, 2012), contando com uma incidência mundial de 11.1% e nacional de 7.8% em 2012 (INE, 2013). A investigação em torno deste fenómeno tem procurado perceber quais as implicações que o nascimento de um bebé prematuro pode acarretar no desenvolvimento da relação e nas interações

---

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Joana Dias Alexandre, ISCTE-IUL, Av<sup>a</sup> das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa, Portugal. E-mail: joana.alexandre@iscte.pt

entre as figuras parentais e os filhos. Empiricamente tem sido demonstrado (e.g., Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet, & Muller-Nix, 2011) que a conjuntura em torno da prematuridade tem impacto nas vivências maternas após o nascimento, podendo constituir-se como risco para um desenvolvimento adequado da relação mãe-bebê. São aspetos importantes: a altura do nascimento; o internamento, por vezes, prolongado; o fato do bebê ser considerado como mais frágil e vulnerável em relação aos bebês de termo; a necessidade de cuidados específicos que não podem ser assegurados pela figura materna; os padrões de comportamento e desenvolvimento, eventualmente, distintos nos primeiros tempos de vida; assim como, a paridade, ou seja, o fato da mãe ser primípara (i.e., mãe pela primeira vez) ou múltipara (Misund, Nerdrum, & Diseth, 2014; Pereira & Canavarro, 2011; Teixeira & Leal, 1995).

Perante um nascimento pré termo, o período de gravidez é abreviado, ocorrendo o parto quando a mãe ainda não se encontra preparada. Acresce o facto de na maioria dos casos mãe e bebê serem separados no pós-parto de forma imediata (Teixeira & Leal, 1995). Consequentemente as expectativas em torno de um parto normal e de um nascimento saudável dissipam-se, dando muitas vezes lugar a sentimentos de desilusão, perda, medo, depressão e ansiedade (Pederson, Bento, Chance, Evans, & Fox, 1987).

### *Prematuridade em mães primíparas e múltiparas: Implicações para a mãe e para a relação mãe-bebê*

Teixeira e Leal (1995) chamam a atenção para os casos de prematuridade na primeira gravidez da mulher. O nascimento de um filho é, em si mesmo, uma fase desafiante para qualquer mãe, devido ao surgimento de novos papéis (Mercer & Ferketich, 1995) e às consequentes mudanças intra e inter-sistémicas que lhe subjazem (Moura-Ramos & Canavarro, 2007; Pereira & Canavarro, 2011). No caso da experiência de um parto prematuro, este acaba por desencadear nestas mães maior stresse psicológico (Bener, 2013), sentimentos depressivos (Morawski Mew, Holditch-Davis, Belyea, Shandor, & Fishel, 2003) e de ansiedade, do que em mães de bebês de termo (Gennaro, 1988).

Sobre a vivência da prematuridade em função da paridade das mães, a literatura é escassa. A maioria dos estudos analisa a vivência da maternidade em mães de bebês prematuros comparativamente com as mães de bebê de termo (e.g., Korja, Latva, & Lahtonen, 2012). No entanto, alguns estudos (e.g., Brooten et al., 1988; Quintas, 2002) verificaram que, em amostras de mães de bebês prematuros, as mães múltiparas apresentavam índices de autoestima materna mais baixos (e.g., sentimentos de insegurança relativamente à prestação de cuidados) e maior ansiedade e sintomatologia depressiva, comparativamente com as mães primíparas. Ainda, as experiências prévias de prematuridade nas mães múltiparas são apontadas como um fator que conduz a níveis de ansiedade e depressão mais elevados (Goldenberg, Culhane, Iams, & Romero, 2008). Face às adversidades indicadas, a interação mãe-bebê poderá ficar comprometida, não só pelos constrangimentos que advêm de um parto prematuro, bem como pelo estado emocional em que a mãe, naquele momento, se encontra.

Diversos autores têm salientado a importância da qualidade das interações entre a figura materna e o bebê nos primeiros meses de vida, enquanto base para a construção de uma relação de vinculação segura da criança à mãe (e.g., Coppola & Cassibba, 2010). Dado o presente trabalho não se centrar na perspectiva relacional da criança (sistema comportamental de vinculação), mas sim da mãe, importa compreender como é que o sistema de cuidados parentais (sistema comportamental complementar ao sistema de vinculação da criança) está relacionado com a qualidade das interações mãe-bebê. O sistema de cuidados parentais tem a sua génese na construção dos modelos dinâmicos internos que ocorre durante a infância, no contexto das relações

de vinculação, atingindo um ponto alto na transição para a parentalidade (George & Solomon, 1999). Segundo Bretherton (1985), as representações mentais que os pais desenvolvem de si próprios, enquanto figuras parentais, assim como dos seus filhos, irão influenciar a qualidade dos seus comportamentos nas interações com as crianças. Este sistema de cuidados decorre, portanto, de uma combinação entre aspetos de ordem biológica e aspetos decorrentes da própria vivência da parentalidade (Cassidy, 2000; George & Solomon, 2008), sendo ativado quando as figuras parentais percecionam determinada situação como ameaçadora, perigosa ou causadora de stresse para o bebé. Nestes casos são colocados em ação uma série de comportamentos que remetem para a função protetora deste sistema (e.g., manter proximidade, pegar, chamar, observar, sorrir). Por sua vez, a sua desativação ocorrerá aquando da aproximação (física ou psicológica) ao bebé, bem como da constatação de que este se encontra tranquilo e seguro (Cassidy, 2000). Será, portanto, a sensibilidade dos comportamentos parentais, nos múltiplos momentos de interação com o bebé, que permitem que este, progressivamente, “construa mentalmente” as figuras parentais como sensíveis, responsivas e disponíveis (McFarland-Piazza, Hazen, Jacobvitz, & Boyd-Soisson, 2012).

No estudo do impacto da prematuridade na relação mãe-bebé um dos aspetos a considerar é o *bonding*, definido por Klaus e Kennell (1976) como uma ligação única, específica e duradoura formada entre a figura materna e o bebé. Esta ligação, facilitada pelo sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebé, tem início nos primeiros contactos entre a figura materna e recém-nascido, tendo a investigação demonstrado que o contacto físico mãe-bebé após o parto tende a favorecer o *bonding* materno, potencializando, posteriormente, interações mais positivas na díade (Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2009). Atualmente a literatura é, relativamente, consensual no que diz respeito ao fato do *bonding* não ocorrer sempre e no primeiro contacto mãe-bebé, mas ser um processo gradual e interativo que se intensifica no decorrer do primeiro ano de vida (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, 2005). Assim, e nas situações em que a proximidade e o contacto direto são favorecidos durante os primeiros dias após o nascimento, o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido parece ser beneficiado, bem como a criação de uma interação ajustada que direciona e potencia o desenvolvimento adequado da criança (e.g., Rand & Lahav, 2014). Contrariamente, nas situações em que estes primeiros contactos após o parto não são possíveis, os pais tendem a lidar com sentimentos de fracasso. Estas não devem ser, contudo, vistas numa perspetiva de causa-efeito, dado que as relações são co-construídas ao longo dos primeiros anos de vida (Figueiredo et al., 2005).

Segundo Figueiredo et al. (2009) algumas pesquisas têm demonstrado que o *bonding* poderá, nalgumas mães, não se estabelecer de imediato, fortalecendo-se esta ligação alguns meses após o nascimento. Robson e Kumar (1980) verificaram, numa amostra de mães, que uma elevada percentagem apresentava sentimentos de indiferença para com o recém-nascido na primeira vez que o pegavam ao colo, resultado mais evidente nas mães primíparas (40%), por comparação com as múltiparas (25%). No entanto, no final da primeira semana de vida do bebé, estas mães já tinham desenvolvido sentimentos de afeto pelo seu recém-nascido. No caso dos nascimentos pré-termo, a separação de mãe e bebé antes do estabelecimento de alguns processos interativos iniciais na díade poderá ter implicações no envolvimento emocional materno (Figueiredo et al., 2009). Esta separação, aliada à conjuntura de um nascimento pré-termo, poderá dificultar as atuais e as futuras ligações afetivas e interferindo, também, nos sentimentos maternos; mais concretamente, no que respeita à perceção de competência materna e à autoavaliação que esta faz relativamente à sua importância para o bebé (Brazelton, 1988).

Outro aspeto, potencialmente, inibidor do desenvolvimento da relação mãe-bebé refere-se ao fato das mães de bebés prematuros necessitarem de se adaptar a um bebé que não corresponde às suas expectativas iniciais e cujo nascimento pode ter precipitado uma situação de crise (Chatwin & Macarthur, 1993). Assim, a representação que a mãe vai construindo acerca do seu bebé ao

longo da gravidez e que tende a facilitar o envolvimento afetivo e a interação no pós parto (Stern, 2002), dissipa-se nos partos pré-termo. Deste modo, para além dos “processos fantasmáticos” que os pais experienciam, como o receio pela sobrevivência e desenvolvimento do bebé, a imaturidade do recém-nascido poderá dificultar a sua estimulação e conseqüentemente, o estabelecimento de interações dos progenitores com o bebé (Holditch-Davis, Schwartz, Black, & Scher, 2007).

O nascimento de um bebé prematuro implica, muitas vezes o recurso a procedimentos invasivos e ao internamento em incubadora, o que parece inibir o envolvimento parental (Pedro, 2007). Mais concretamente, a exposição destes bebés, 24 horas por dia, a elevados níveis de estimulação auditiva e visual, bem como a estimulação táctil associada a impulsos dolorosos e perturbantes, faz com que exista pouca sintonia entre estas manipulações e os padrões de sono e vigília do recém-nascido, o que poderá afetar a interpretação e respostas aos sinais do bebé, por parte da mãe (Ferreira, 2005).

O comportamento parental pode, também, ser influenciado pela representação que estes têm sobre um bebé prematuro. Habitualmente, os pais tendem a achá-lo mais vulnerável e necessitando de mais cuidados e proteção (e.g., Santos, Oliveira, Santana, Oliveira, & Goes, 2013). Estudos, onde foram avaliadas as interações diádicas até aos 12 meses, demonstram que os bebés prematuros são descritos como mais passivos, menos atentos e mostrando pouco afeto positivo e menos expressão facial durante as interações mãe-bebé (e.g., Bozzette, 2007; Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2006; Udry-Jørgensen et al., 2011). Por outro lado, mães de bebés prematuros (devido às características destes) têm sido descritas como menos sensíveis, mais controladoras, intrusivas e ativas nas interações com os seus filhos, características consideradas prejudiciais para o desenvolvimento da criança (e.g., Forcada-Guex et al., 2011).

O nascimento pré termo constitui-se, assim, como um acontecimento de enorme impacto no sistema familiar e na vida de cada progenitor, em particular. Neste sentido, a investigação tem demonstrado que a figura materna encontra-se, especialmente, vulnerável no que concerne ao “stress psicológico” (Davis, Edwards, Mohay, & Wollin, 2003). Diversos autores (e.g., Barros, 2001; Marson, 2008; Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, & Martinez, 2004) indicam que padrões de interação mãe-bebé mais negativos se encontram relacionados com características psicológicas das mães, nomeadamente, sintomatologia depressiva, ansiedade, melancolia, fobias ou ideias obsessivas. Neste sentido, o nascimento de um bebé prematuro (causador de maior ansiedade, sentimentos depressivos, de perceção de incompetência e de autoestima negativa) constitui-se como um acontecimento potencialmente traumático para as mães, com conseqüências na relação mãe-bebé (e.g., Marson, 2008; Padovani et al., 2004; Pierrehumbert & Nicole, 2003).

Face ao exposto, o presente estudo pretende dar um contributo para a investigação na área da relação mãe-bebé (*bonding*) e da prematuridade. Neste sentido visa analisar o estado psicoemocional materno e a autoestima de mães com bebés prematuros e as suas associações com o *bonding* materno. Esta análise será feita considerando a paridade das mães de bebés prematuros, ou seja, em mães primíparas e múltíparas.

## Método

### *Participantes*

Participaram no estudo 50 mães com idades compreendidas entre 17 e 41 anos ( $M=32.1$ ;  $DP=5.06$ ), sendo 27 primíparas e 23 múltíparas. Cinco destas mães têm história de partos prematuros. Do total da amostra, 80% são casadas ou vivem em regime de união de facto.

Relativamente às habilitações literárias, 60% das mães têm o ensino superior; 34% o Ensino Secundário; 2% o Preparatório; e 4% o Ensino Básico. No entanto, esta distribuição é significativamente diferente entre os dois grupos ( $U=214$ ,  $p<.05$ ); mais concretamente as mães primíparas distribuem-se sobretudo pelo ensino secundário (48%) e superior (44%), enquanto a distribuição mais expressiva nas mães múltíparas é o ensino superior (76%; 20% finalizou o ensino secundário). À exceção de duas mães primíparas que se encontram desempregadas e duas que são estudantes, em ambos os grupos as restantes mães encontram-se a trabalhar. Em ambos os grupos a maioria das mães é de nacionalidade portuguesa (82%), sendo residual o restante número de mães com outra nacionalidade (6% de mães Brasileiras; 4% Cabo-Verdianas; 4% Romenas; 2% Angolanas). À data da recolha de dados, os bebés tinham até um mês de vida. Não foi possível recolher informação exata sobre o tempo gestacional dos bebés.

### *Instrumentos*

*Questionário Sociodemográfico* (Franco, 2012). Foi construído um conjunto de indicadores com o objetivo de obter informação relativa à idade materna, idade do bebé, número de gravidezes, número de filhos, historial de partos prematuros e estado civil, assim como, as habilitações literárias e situação laboral materna.

*Bonding Scale* (Figueiredo et al., 2005). Esta escala é a versão portuguesa alargada do *Mother Baby Bonding Questionnaire* de Taylor, Atkins, Kumar, Adams e Glover (2005) e destina-se a avaliar o envolvimento emocional de mães/pais com o seu bebé. É composta por 11 itens, organizados em três subescalas, que neste estudo são respondidos pela mãe numa escala tipo Likert de 4 pontos: 0 (“nada”), 1 (“um pouco”), 2 (“bastante”) e 3 (“muito”) (Figueiredo & Costa, 2009). (1) A subescala “Bonding Positivo” é constituída por três itens que medem o envolvimento emocional positivo (e.g., Afetuoso/a); (2); a subescala “Bonding Negativo” é constituída por seis itens e avalia o envolvimento emocional negativo (e.g., Zangado/a); e, (3) a subescala “Bonding Not Clear” é constituída por dois itens e sinaliza a presença de emoções não claramente relacionadas com o envolvimento emocional da mãe com o seu bebé (e.g., Receoso/a). Os itens são pontuados no sentido em que, quanto mais presente a emoção em causa, mais elevado é o resultado. Os itens do *bonding* negativo e not clear são invertidos. É, ainda, possível o cálculo do Índice de bonding Total através da subtração do *Bonding* Negativo e do *Bonding* Not Clear ao *Bonding* Positivo (Figueiredo et al., 2005). Valores mais elevados indicam um maior envolvimento emocional dos pais/cuidadores. Os autores referem, ainda, como valores de referência, que um resultado entre zero e um corresponde a um envolvimento emocional pobre, um resultado entre um e dois corresponde a um envolvimento emocional moderado e um valor entre dois e três é indicativo de um *bonding* elevado. O Alfa de Cronbach para o Índice de *Bonding* Total nesta amostra apresenta um valor aceitável ( $\alpha=.65$ ), contudo, um pouco inferior ao encontrado noutros estudos com a mesma escala ( $\alpha=.75$ ; Samorinha, Figueiredo, & Cruz, 2009).

*Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério* (EAAP; Sousa & Leal, 2010). Esta escala visa analisar as transformações psicoemocionais do puerpero percebidas pela figura materna. É composta por 16 itens, organizados em três dimensões: (1) Ansiedade, composta por oito itens, e que remete para sentimentos de apreensão nos cuidados prestados ao bebé (e.g., “Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé”), (2) Sentimentos Depressivos, que refletem uma maior labilidade emocional (e.g., “Senti-me triste e deprimida”), e (3) Preocupação que remetem para uma maior agitação/tensão (e.g., “Senti-me aterrorizada”). Os itens são respondidos pela mãe, numa escala tipo Likert, de seis pontos: 1 (“nunca”), 2 (“raras vezes”), 3 (“poucas vezes”), 4 (“algumas vezes”), 5 (“muitas vezes”) e 6 (“sempre”). Nesta escala

os valores mais elevados indicam um Estado Psicoemocional mais negativo. As autoras referem alguns intervalos de referência para interpretação dos resultados: um valor igual ou superior a um e menor que três corresponde a ausência de alterações psicoemocionais significativas; uma pontuação igual ou superior a três e menor que cinco corresponde à presença de níveis de alterações psicoemocionais moderados; um valor igual ou superior a cinco e inferior a seis é indicativo de alterações psicoemocionais severas. Os alfas de Cronbach para as dimensões Ansiedade ( $\alpha=.84$ ), Sentimentos Depressivos ( $\alpha=.84$ ) e dimensão Preocupação ( $\alpha=.87$ ) indicam valores satisfatórios e comparáveis aos do estudo de Sousa e Leal (2010).

A *escala de Autoestima Materna* (Pimentel, 1997) foi adaptada da *Maternal Self Report Inventory* (Shea & Tronick, 1988), e analisa os fatores que influenciam a autoestima materna. É constituída por 32 itens, respondidos pela mãe, numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos: 1 (“discordo completamente”), 2 (“discordo”), 3 (“às vezes falso, outras vezes verdadeiro”), 4 (“concordo”) e 5 (“concordo completamente”). O valor máximo obtido nesta escala corresponde ao valor máximo da autoestima. Os itens encontram-se organizados em cinco dimensões: (1) Capacidade de Tratar do Bebê, que procura analisar os sentimentos de competência e adequação das mães neste seu papel como mãe (e.g., “Vai ser bom tratar do bebé”; “Não vou ser capaz de cuidar do bebé”); (2) Capacidade e Preparação Geral para a Função Materna, que visa avaliar sentimentos de prazer/desprazer decorrentes dos cuidados prestados ao seu bebé (e.g., “Por mais que me esforce, tenho dificuldades em tratar do meu filho”); (3) Aceitação do Bebê, que procura avaliar a perceção de adaptação conseguida pelas mães ao seu bebé real (vs. imaginário), (e.g., “Não me importo de ter de orientar todo o meu dia em função do meu filho”); (4) Relação Esperada com o Bebê, que remete para sentimentos subjacentes ao processo de adaptação ao bebé (e.g., “Penso que terei mais prazer com o meu bebé quando ele for mais crescido”); (5) Sentimentos Respeitantes à Gravidez, Trabalho de parto e parto em si, que na versão de Pimentel (1997), ao contrário da original, se foca apenas nos sentimentos respeitantes unicamente à gravidez (e.g., “Desde o parto fiquei muito mais nervosa”). Os índices de consistência interna para as cinco dimensões são: .76, .61, .73, .41 e .44, respetivamente. Tendo em conta os valores do alfa de Cronbach não satisfatórios obtidos nas dimensões Relação Esperada com o Bebê e Sentimentos Respeitantes à Gravidez, Trabalho de parto e parto em si ( $<.60$ ), estas não serão utilizadas nas análises.

### *Procedimento*

O estudo foi conduzido numa única maternidade da área da Grande Lisboa, após autorização do conselho de administração da Instituição e o consentimento informado das mães. Os dados foram recolhidos no período de pós-parto, na Unidade de Neonatologia, sendo que os bebés tinham entre os zero e os dois dias (28%), os 3 e os 15 dias (30%) e entre os 16 e os 30 dias (42%). Os questionários foram preenchidos na Maternidade e devolvidos em envelope fechado ao assistente de investigação.

Os dados foram depois introduzidos no *software* estatístico Statistical Package of Social Sciences (SPSS), versão 20. Num primeiro momento foi feita uma análise descritiva das variáveis. Por forma a analisar diferenças entre os dois grupos de mães participantes (mães primíparas vs. mães múltíparas) nas variáveis em questão (*Bonding*, Estado Psicoemocional e Auto-estima materna), recorreu-se a testes não paramétricos (Mann-Whitney). Para responder ao objetivo da presente pesquisa – em que medida o estado Psicoemocional materno e a Autoestima de mães com bebés prematuros e as suas associações com o *Bonding* materno difere em mães primíparas e múltíparas – foram também calculadas correlações entre as variáveis, para cada grupo de mães.

## Resultados

### *Análises descritivas*

Como se pode observar na Tabela 1, e considerando valores indicativos por escala descritos pelos autores, em média, os Sentimentos Depressivos relatados pelas mães múltiparas de bebês prematuros, apresentam um valor que corresponde a uma alteração moderada do estado Psicoemocional dado situarem-se no intervalo 3-5 (Sousa & Leal, 2010). Os restantes valores médios das dimensões Ansiedade e Preocupação, em mães primíparas e múltiparas, e Sentimentos Depressivos das mães primíparas, são indicadores de ausência de alterações Psicoemocionais (Sousa & Leal, 2010). Relativamente à Autoestima Materna, a Aceitação do Bebê é a dimensão na qual a pontuação é mais baixa; nas dimensões Capacidade para Tratar do Bebê e Capacidade e Preparação Geral para a Função Materna, a pontuação corresponde a sentimentos positivos (Pimentel, 1997). O Envolvimento Emocional destas mães com os seus bebês prematuros (i.e., *bonding*) é moderado, dado situar-se entre 5 a 7 (Figueiredo et al., 2009).

Tabela 1

*Valores descritivos do Estado Psicoemocional, da Autoestima materna e do Bonding de mães Primíparas e Múltiparas*

	<i>Mães Primíparas</i> N=27		<i>Mães Múltiparas</i> N=23	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Estado Psicoemocional				
Ansiedade	2.96	1.00	3.00	1.05
Sentimentos Depressivos	2.42	1.05	3.23	1.22
Preocupação	1.98	1.16	2.48	1.26
Autoestima Materna				
Capacidade para Tratar do Bebê	4.22	.56	4.39	.45
Capacidade e Preparação Geral para a Função Materna	4.34	.36	4.53	.27
Aceitação do Bebê	3.59	.62	3.76	.57
<i>Bonding</i>				
Envolvimento Emocional com o Bebê	5.11	2.69	5.18	3.30

Testes de U Mann-Whitney indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre as mães primíparas ( $n=27$ ) e as mães múltiparas ( $n=23$ ) ao nível da percepção de Sentimentos Depressivos ( $Mdn_{\text{primíparas}}=20.8$ ;  $Mdn_{\text{múltiparas}}=31.0$ ) ( $U=184.0$ ;  $W=562.0$ ,  $p=.01$ ) e na Capacidade e Preparação Geral para a função materna ( $Mdn_{\text{primíparas}}=21.2$ ;  $Mdn_{\text{múltiparas}}=30.5$ ) ( $U=195.5$ ;  $W=573.5$ ,  $p=.02$ ), sendo as mães múltiparas as que apresentam mais Sentimentos Depressivos e, simultaneamente, expressam ter uma maior Capacidade e Preparação Geral para a Função Materna.

### *Bem-estar Psicológico e Emocional, Autoestima e o Bonding materno*

Calcularam-se correlações de *Spearman* entre as dimensões dos Estados Psicoemocionais, da Autoestima Materna e do *Bonding* considerando a paridade das mães (primíparas vs. múltiparas). Os valores são apresentados nas Tabela 2 e 3.

Tabela 2

*Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo para as Mães Primíparas*

Variáveis	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Estado Psicoemocional							
1. Ansiedade	-						
2. Sentimentos Depressivos	.87**	-					
3. Preocupação	.80**	.80**	-				
Autoestima Materna							
4. Capacidade para Tratar o Bebê	-.30	-.20	-.31	-			
5. Capacidade e Preparação Geral para Função Materna	-.31	-.39*	-.34	.53**	-		
6. Aceitação do Bebê	-.59**	-.60**	-.66**	.73**	.66**	-	
<i>Bonding</i>							
7. Envolvimento Emocional com do Bebê	-.53**	-.66**	-.63**	.20	.52**	.59**	-

Nota. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

Tabela 3

*Correlações de Spearman entre as variáveis em estudo para as Mães Múltiplas*

Variáveis	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Estado Psicoemocional							
1. Ansiedade	-						
2. Sentimentos Depressivos	.63**	-					
3. Preocupação	.64**	.92**	-				
Autoestima Materna							
4. Capacidade para Tratar o Bebê	-.72**	-.66**	-.66*	-			
5. Capacidade e Preparação Geral para Função Materna	-.37	-.49*	-.45*	.30	-		
6. Aceitação do Bebê	-.45*	-.62**	-.57**	.70**	.43*	-	
<i>Bonding</i>							
7. Envolvimento Emocional com o Bebê	-.45*	-.63**	-.59**	.46*	.51*	.58**	-

Nota. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

Os resultados indicam uma correlação positiva e significativa entre as diferentes dimensões do Estado Psicoemocional independentemente da paridade. Relativamente à Autoestima Materna: a Aceitação do Bebê encontra-se associada positiva e significativamente com a Capacidade para Tratar do Bebê e a Capacidade e Preparação Geral para a Função Materna em ambos os grupos de mães. Por seu lado, a Capacidade para Tratar do Bebê aparece apenas associada de forma positiva e significativa à Capacidade e Preparação geral para a Função Materna nas mães primíparas. Relativamente às correlações encontradas entre Estado Psicoemocional e Autoestima maternas verifica-se uma associação significativamente negativa entre as dimensões Ansiedade e a Aceitação do Bebê para as mães primíparas e para as múltiplas. Para as mães múltiplas a Capacidade Geral para Tratar do Bebê aparece associada às diversas dimensões do Estado Psicoemocional, de forma significativamente negativa, e ao *Bonding* de forma significativamente positiva, o que não acontece para as mães primíparas. A correlação negativa entre *Bonding* e as dimensões dos Estados Psicoemocionais é significativa para os dois grupos de mães.

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar, em função da paridade materna (primíparas vs. múltiplas) em que medida a vivência do nascimento de um bebé prematuro se encontra relacionada com o Bem-estar Psicoemocional das mães, a sua Autoestima materna, assim como, com o seu

envolvimento emocional com o bebé (*Bonding*). Os resultados indicam que, independentemente da paridade das mães, a Aceitação de um bebé prematuro encontra-se associada negativamente com a ansiedade que as mesmas vivenciam nesse momento. Alguns estudos têm verificado que a ansiedade, em particular, se encontra associada à vivência do nascimento de um bebé prematuro (Misund et al., 2014) e, sobretudo, no período do pós-parto, comparativamente com os meses seguintes de vida do bebé (e.g., Gennaro, 1988; Padovani et al., 2004). O desafio do cuidado de um bebé prematuro, associado muitas vezes à preocupação pela sua sobrevivência, agravado pela perda do bebé imaginado poderá gerar sentimentos mais negativos, de culpa, ansiedade e fracasso (Padovani et al., 2004), e que nesta amostra, tal como noutras pesquisas, não variam em função da paridade das mães (e.g., Brooten et al., 1988).

Os resultados encontrados apontam, ainda, para o facto do Estado Psicoemocional da mãe (ansiedade, depressão e preocupação) se encontrar associado de forma negativa com o *Bonding*, para ambos os grupos de mães (primíparas vs. múltíparas). Tal vai ao encontro de estudos anteriores, onde se salienta a importância dos primeiros contactos mãe-bebé para o estabelecimento de uma ligação afetiva entre ambos (e.g., Coppola & Cassibba, 2010; Figueiredo, 2003). Na prematuridade estes momentos iniciais são interrompidos, podendo interferir negativamente nos sentimentos maternos, conduzindo a maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão (ver Flacking et al., 2012).

No presente trabalho, verificou-se que para as mães primíparas, a Capacidade para Tratar o seu bebé prematuro, encontra-se associada, de forma positiva, com a Capacidade Geral para a Função Materna. Para as mães (assim como para os pais), o nascimento do primeiro filho constitui-se como um momento crucial no ciclo de vida das famílias, que implica um conjunto de novos desafios e, mais concretamente, o comprometimento com novos papéis sobretudo ao nível dos cuidados (Pereira & Canavarro, 2011). Nas mães múltíparas de bebés prematuros da presente amostra verifica-se uma associação negativa entre o seu Estado Psicoemocional (ansiedade, preocupação, depressão) e a Capacidade para Tratar do seu bebé. Estes resultados sugerem que para estas mães o nascimento de um bebé prematuro pode agravar a necessária reorganização familiar que mais do que um filho implica (Menezes & Lopes, 2007). O fato do parto não ter decorrido conforme previsto, ou do bebé ser menos saudável do que o idealizado (Barros, 2001), poderá gerar sentimentos de stresse passíveis de interferir na qualidade dos cuidados ao bebé. Neste sentido, refira-se que um número elevado de estudos tem encontrado níveis de depressão mais expressivos em mães múltíparas, do que em mães primíparas (e.g., Brooten et al., 1988).

Grande parte da literatura, relativa à prematuridade, analisa mães primíparas comparativamente com mães de bebés de termo (e.g., Gennaro, 1988), assim o presente estudo constitui-se como uma mais-valia ao considerar a paridade das mães (primíparas vs. múltíparas) e no modo como estas vivenciam a prematuridade. Parte dos resultados do presente estudo sugere que o impacto emocional de um bebé prematuro não difere em função da paridade das mães sendo, por si só, um momento gerador de stresse para a figura materna, tendo em conta a fragilidade do recém-nascido e os cuidados especiais que este habitualmente requer (Bener, 2013). Este resultado é de particular relevância para a intervenção precoce com estas díades (famílias), não só primíparas, como múltíparas. Apesar de existir um investimento crescente nos cuidados prestados aos prematuros e na humanização dos serviços de modo a aproximar progenitores e bebés (e.g., Coppola & Cassibba, 2010) existem, ainda, desafios e especificidades no trabalho com as mães, pensando nas semelhanças e especificidades de cada díade, ou mesmo com as famílias.

Em estudos futuros, e de acordo com a literatura, variáveis relacionadas com o bebé deverão ser integradas nesta análise, a referir: o tempo de gestação, peso ao nascimento, ou o índice de *Apgar* (e.g., Gennaro, York, & Brooten, 1990; Gennaro, Zukowsky, Brooten, Lowell, & Visco, 1990). Coppola, Cassibba e Constantitni (2010) salientam, ainda, aspetos relacionados com a mãe, nomeadamente, a qualidade das representações de vinculação maternas (Modelos Dinâmicos

Internos) e o seu impacto na sensibilidade aos sinais e comportamentos do bebé. Seria, ainda, interessante aumentar a percentagem de mães com história de prematuridade, dado que no presente estudo apenas 10% apresentam essa característica, não permitindo controlar esta variável, de modo a discriminar potenciais características específicas, ou mais salientes, destas mães. Na linha de outras pesquisas (e.g., Coppola, Cassibba, Bosco, & Papagna, 2013; Pedro, 2007) a vivência da prematuridade deverá ser analisada considerando também a figura paterna, para além do seu papel de suporte à mãe, focando-se nas especificidades da interação pai/bebé (Rapoport & Piccinini, 2006). Por último, a rede de apoio social aparece como uma variável a considerar (Campos, 2000; Coppola et al., 2013). Viegas, Silva, Cecchini, Felipe, Otta e Bussab (2008) por exemplo, verificaram a existência de níveis mais elevados de depressão pós-parto em mães múltiplas (comparativamente com as primíparas) considerando a ausência de suporte social como uma variável explicativa para esta diferença.

Face ao exposto, a análise dos desafios que a prematuridade coloca às mães deve, por isso, merecer uma atenção continuada, pelo seu impacto no desenvolvimento da criança e também nas próprias mães e no seu sistema familiar. Tal como referido, a necessidade de acompanhar e intervir nestas mães deve ser, por isso, uma prioridade ao nível dos cuidados maternos, acompanhando a gestação do bebé e o pós-parto, dado existirem evidências que apontam no sentido de que intervenções com ambos (pais-bebé) parecem ser mais eficazes (Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, & Juffer, 2003).

## Referências

- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, *129*, 195-215.
- Barros, L. (2001). O bebé nascido em situação de risco. In M. C. Canavarro (Eds.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bener, A. (2013). Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: A neglected public health problem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *35*, 231-236. Retrieved May 27, 2015, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462013000300231&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000300231&lng=en&tlng=en). doi: 10.1590/1516-4446-2012-0821
- Bowlby, J. (1998). *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation, anxiety, and anger*. London: Pimlico. (Obra original publicada em 1973)
- Bozzette, M. (2007). A review of research on premature infant-mother interaction. *Newborn and Infant Nursing Reviews* (Online), *7*, 49-55. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2006.12.002>
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50*, 3-35. doi: 10.2307/3333824
- Brooten, D., Gennaro, S., Brown, L., Butts, P., Gibbons, A., Bakewell-Sachs, S., & Kumar, S. (1988). Maternal anxiety, depression and hostility in mothers of preterm infants. *Nursing Research*, *37*, 213-216.
- Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, *XVIII*, 15-35.
- Cassidy, J. (2000). The complexity of the caregiving system: A perspective from attachment theory. *Psychological Inquiry*, *11*, 86-91.
- Chatwin, S. L., & Macarthur, B. A. (1993). Maternal perceptions of the preterm infant. *Early Child Development and Care* (Online), *87*, 69-82. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/0300443930870107>

- Coppola, G., & Cassibba, R. (2010). Mothers' social behaviours in the NICU during newborns' hospitalisation: An observational approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, 200-211.
- Coppola, G., Cassibba, R., Bosco, A., & Papagna, S. (2013). In search of social support in the NICU: Features, benefits, and antecedents of parent's tendency to share with others the premature birth of their baby. *Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine*, 26, 1737-1741.
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mother. *Early Human Development*, 73, 61-70. doi: 10.1016/S0378-3782(03)00073-2
- Ferreira, M. E. P. T. V. (2005). *Contributo para o estudo do processo de transição para a parentalidade: O caso da prematuridade*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* (Online), 3, 521-539. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/3696>
- Figueiredo, B., & Costa, R. (2009). Mother's stress, mood and emotional involvement with the Infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 143-153.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Matern Child Health Journal* (Online), 13, 539-549. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-008-0312-x>
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., . . . the SCENE group. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica – Nurturing the Child*, 101, 1032-1037. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Human Development* (Online), 87, 21-26. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006>
- 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* (Online), 118, 107-114. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-1145>
- Franco, C. (2012). *Prematuridade, um começo diferente? Uma amostra com mães primíparas e múltiplas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Comunitária e Proteção de Menores, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- Gennaro, S (1988). Postpartal anxiety and depression in mothers of term ad preterm infants. *Nursing Research*, 37, 82-85.
- Gennaro, S., York, R., & Brooten, D. (1990). Anxiety and depression in mothers of low birthweight and very low birthweight infants: Birth through 5 months. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 13, 97-109.
- Gennaro, S., Zukowsky, K., Brooten, D., Lowell, L., & Visco, A. (1990). Concerns of mothers of low birthweight infants. *Pediatric Nursing*, 16, 459-462.
- George, C., & Solomon, J. (1999). The development of caregiving: A comparison of attachment theory and psychoanalytic approaches to mothering. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professional*, 19, 618-646. doi: 10.1080/07351699909534268
- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 833-850). New York, NY: Guilford Press.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371(9606), 75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4

- Holditch-Davis, D., Schwartz, T., Black, B., & Scher, M. (2007). Correlates of mother-premature infant interactions. *Research in Nursing & Health, 30*, 333-346.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (Ed.). (2013). *Estatísticas demográficas 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I. P.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding*. St. Louis, MO: Mosby.
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstet Gynecol Scand, 91*, 164-173.
- Marson, A. P. (2008). Narcisismo materno: Quando meu bebê não vai para casa... *Rev. SBPH (Online), 11*, 161-169. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v11n1/v11n1a12.pdf>
- McFarland-Piazza, L., Hazen, N., Jacobvitz, D., & Boyd-Soisson, E. (2012). The development of father-child attachment: Associations between adult attachment representations, recollections of childhood experiences and caregiving. *Early Child Development and Care, 182*, 701-721. doi: 10.1080/03004430.2011.573071
- Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestaçã até dezoito meses do bebê. *PsicoUSF, 12*, 83-93.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Nursing & Health, 18*, 333-343. doi: 10.1002/nur.4770180407
- Misund, A. R., Nerdrum, P., & Diseth, T. H. (2014). Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*, 263-271. doi: 10.1186/1471-2393-14-263
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e 8 meses após o parto. *Análise Psicológica, XXV*, 399-413.
- Morawski Mew, A., Holditch-Davis, D., Belyea, M., Shandor, M., & Fishel, A. (2003). Correlates of depressive symptoms in mothers of preterm infants. *Neonatal Network, 5*, 51-60. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1891/0730-0832.22.5.51>
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Online), 26*, 251-254. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/a09v26n4.pdf>
- Pederson, D., Bento, S., Chance, G., Evans, B., & Fox, A. (1987). Maternal emotional responses to preterm birth. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 15-21.
- Pedro, S. I. F. (2007). *Envolvimento parental numa UCIN. Necessidades emergentes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/771>
- Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2011). Influência da paridade na adaptação na transição para a maternidade em grávidas infectadas pelo VIH e grávidas sem condição médica associada. *Análise Psicológica, XXIX*, 425-438.
- Pierrehumbert, B., & Nicole, A. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 88*, 400-404.
- Pimentel, J. Z. S. (1997). *Um bebé diferente: Da individualidade da interação à especificidade da intervenção*. Lisboa: SNRIPD.
- Quintas, J. M. L. (2002). «Olhar a maternidade». *Depressão pós-parto, autoestima materna e interação mãe-bebé*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/827>
- Rand, K., & Lahav, A. (2014). Maternal sounds elicit lower heart rate in preterm newborns in the first month of life. *Early Human Development, 90*, 679-683.

- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* (Online), 16, 85-96. Disponível em [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso)
- Robson, K. S., & Kumar, R. (1980). Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry* (Online), 136, 347-353. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.136.4.347>
- Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. M. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: Impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10, 17-29.
- Santos, L. M., Oliveira, I. L., Santana, R. C., Oliveira, V. M., & Goes, E. S. O. (2013). Vivências de mães de recém-nascidos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 13, 73-81.
- Shea, E. A., & Tronick, E. Z. (1988). Maternal Self-Report Inventory. In H. E. Fitzgerald, B. M. Lester, & M. H. Yogman (Eds.), *Theory and research in behavioral pediatrics* (Vol. 4, pp. 101-139). New York: Springer Publishers.
- Sousa, E. V., & Leal, I. (2010). Escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério. In I. Leal & J. Maroco (Eds.), *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 103-115). Porto: Legis Editora.
- Stern, D. N. (2002). *The first relationship infant and mother*. Harvard: Harvard University Press.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new mother-to-infant bonding scale: Links with early maternal mood. *Archives on Women's Mental Health*, 8, 45-51.
- Teixeira, I., & Leal, I. P. (1995). Expectativas e atitudes de mães primíparas com filhos prematuros. *Análise Psicológica* (Online), XIII, 191-194. Disponível em [http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/1995\\_12\\_191.pdf](http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/1995_12_191.pdf)
- 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* (Online), 32, 305-318. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20298>
- Viegas, L. M., Silva, G. A., Cecchini, M., Felipe, R., Otta, E., & Bussab, V. S. R. (2008). Depressão pós-parto, histórico reprodutivo materno e apoio social. *Boletim do Instituto de Saúde*, 46, 9-11 (ISSN 1518-1812).
- WHO, March of Dimes, PMNCH. (2012). Save the Children. In C. P. Howson, M. V. Kinney, & J. E. Lawn (Eds.), *Born too soon: The global action report on preterm birth*. Geneva: World Health Organization.

Literature has been showing that prematurity leads mothers to increase their levels of anxiety, depressive feelings and to decrease their self-esteem, when compared to mothers with pre-term babies. Such experience seems to be different if we take into account mothers' parity although there are no clear evidences on that. This study aims at analyzing in primipara and multipara mothers of premature babies the associations between psycho-emotional state, maternal self-esteem and bonding. Participants were 50 mothers (27 primipara and 23 multipara) with pre-term babies from a public maternity in Lisbon. Results showed that multipara mothers express more Depressive feelings but simultaneously a greater Capacity and overall preparation for the maternity role. Nevertheless their Capacity for providing care (to the baby) is negatively associated with their psycho-emotional state and positively associated with bonding. Negative associations between Anxiety and Acceptance of the baby, and between psycho-emotional state and Bonding do not vary as a function of parity showing that having a pre-term baby can be a challenge for both primipara and multipara mothers.

**Key words:** Parity, Prematurity, Bonding, Psycho-emotional state, Maternal self-esteem.

