



Instituto Universitário de Lisboa

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Prematuridade, um começo diferente?

Uma amostra com mães primíparas e múltiparas

Carla Alexandra Santos de Jesus Franco

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores

Orientador:

Doutora Joana Alexandre, Professora Auxiliar,

ISCTE-IUL

Junho, 2012

*“A prematuridade dá à mãe algo único:
a possibilidade de gestar o seu filho fora do
útero.”*

Liseane Morosini

Agradecimentos

Em primeiro lugar, expresso a mais profunda gratidão e agradeço à minha orientadora, a Professora Doutora Joana Alexandre, por toda a orientação, apoio científico, disponibilidade, motivação e compreensão disponibilizada ao longo deste percurso. Agradeço também à Professora Doutora Maria Clara Barata, pela preciosa ajuda na procura de literatura “inacessível” e por todas as críticas construtivas.

Seguidamente o meu profundo agradecimento à equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa que tornou possível a recolha dos dados, especialmente à Enfermeira Esmeralda Pereira, Enfermeira Chefe daquela Unidade, pela sua amabilidade e disponibilidade em receber-me e auxiliar-me em todo este processo.

A todas as mães que aceitaram partilhar a sua experiência connosco.

Às minhas figuras de vinculação, autênticas fontes de apoio e carinho infindáveis, os meus pais (Manuel e Adelina), as minhas “maninhas” (Adelina e Tatiana) e sobrinha Leonor.

Por fim, mas de todo menos importante, um profundo e sentido Obrigado ao Victor, companheiro de todos os momentos, por todo o apoio, imensa paciência e amor incondicional.

A Deus, pela força interior...

E a todos aqueles que por lapso omiti, obrigada!

Resumo

A relação diádica mãe-bebé é fulcral para um bom desenvolvimento deste. Porém, poderá ser dificultada em casos de prematuridade. A literatura tem referido que o nascimento prematuro gera nas mães maiores níveis de ansiedade e sentimentos depressivos e, ainda, uma auto-estima mais baixa, quando comparadas com mães de bebés a termo. A presença destes sentimentos poderá gerar um envolvimento emocional mais negativo, bem como um pior vínculo com o recém-nascido.

O presente estudo pretende complementar estas pesquisas ao ter como objectivo principal averiguar quais os efeitos da paridade (mães primíparas vs múltíparas) e idade do bebé (0-2; 3-15; 16-30 dias) no estabelecimento da relação mãe-bebé prematuro (*bonding*), no estado psico-emocional (ansiedade, sentimentos depressivos, preocupação) e na auto-estima maternas. Complementarmente pretende-se, ainda, comparar o *bonding* e o estado psico-emocional em mães de bebés pré-termo e de termo.

Para a concretização destes objectivos, e adoptando uma metodologia quantitativa, foi conduzido um estudo com 29 mães primíparas e 21 mães múltíparas, ambas com bebés pré-termo (n = 50), na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Em geral, foram encontradas apenas diferenças estatísticas significativas nos sentimentos depressivos em função da paridade, sendo que são as mães múltíparas as quem expressam mais estes sentimentos. Quando comparadas com mães de termo, verifica-se que as mães pré-termo possuem alterações psico-emocionais significativas no que respeita à ansiedade.

No que diz respeito ao papel da idade do bebé, verificámos apenas um efeito desta variável no *bonding* e em particular no *Bonding Not Clear*: são as mães de bebés mais velhos (16-30 dias), que expressam menos emoções não relacionadas com a ligação mãe-bebé (i.e., estar receosa), o que poderá indicar que à medida que os dias passam as emoções das mães que se prendem com preocupações subjacentes à própria condição de prematuridade dos seus filhos vão diminuindo.

Palavras-Chave: Prematuridade, *bonding*, estado psico-emocional, auto-estima materna

PsycINFO Classification Categories and Codes of American Psychological Association:
2950 - Marriage & Family

Abstract

The dyadic mother-baby relationship is central to a successful development of the baby. However, such process could be compromised in cases of prematurity. The literature has been reporting that premature birth may cause in mothers high levels of anxiety and depressive feelings, and also a decrease in self-esteem, when compared with mothers of full term babies. The presence of these feelings may generate a negative emotional involvement and a poor bond with the newborn.

The present study aims to complement previous studies as it is intended to analyze the effect of parity (primiparous vs multiparous mothers) and child's age (0-2; 3-15; 16-30 days) in the establishment of mothers' emotions towards their newborn (bonding), in their psycho-emotional state (anxiety, depressive feelings, and concern) and maternal self-esteem. In addition, we also intend to compare bonding and psycho-emotional state in mothers of preterm and term newborns.

To achieve these goals, and adopting a quantitative methodology, a study was conducted with 29 first-time mothers and 21 multiparous mothers, both with preterm babies ($n = 50$), in the Dr. Alfredo da Costa Maternity.

In general, it was found that parity has an effect on depressive feelings only for multiparous mothers, as they express significantly more such feelings. Regarding the role of baby's age, it was only found that this variable has a significant effect of Bonding Not clear: mothers of older newborn babies (16-30 days) expressed less emotions not related to the relation mother-infant (ie, being afraid), which may indicate that as the days go by, concerns about survival of their preterm babies decrease. Finally, when compared to mothers of full term babies, mothers of premature babies showed higher levels of anxiety, and greater levels of negative as well as not clear bonding.

Keywords: Prematurity, bonding, psycho-emotional state, self-esteem.

PsycINFO Classification Categories and Codes of American Psychological Association:
2950 - Marriage & Family

Índice Geral

Introdução	1
Parte I. Enquadramento Teórico	
Capítulo I. Gravidez e Maternidade perante a Prematuridade	
1. Processo gravídico / Transição para a Maternidade.....	3
2. Bonding / Vinculação Materna	4
3. Prematuridade.....	7
4. Primeiras vivências maternas: Que sentimentos, que emoções?.....	9
4.1. Sentimentos Depressivos.....	11
4.2. Ansiedade	13
4.3. Auto-estima	14
Objectivos do Estudo	15
Parte II. Estudo Empírico	
Capítulo III. Método	
1. Participantes	17
2. Instrumentos	18
2.1. Questionário Sócio-demográfico.....	19
2.2. Mother-To-Infant Bonding Scale	19
2.3. Escala de Avaliação das Alterações Psico-Emocionais do Puerpério.....	20
2.4. Maternal Self-Report Inventory	21
3. Procedimento.....	22
Capítulo IV. Resultados	25
Efeito da paridade no estabelecimento do bonding.....	25
Efeito da paridade no estado psico-emocional materno.....	25
Efeito da paridade na auto-estima materna	26
Efeito da idade do bebé no estabelecimento do bonding	26
Efeito da idade do bebé no estado psico-emocional materno	27
Efeito da idade do bebé na auto-estima materna.....	28
Associação entre estados psico-emocional, auto-estima materna e bonding.....	29
Bonding e estado psico-emocional em mães pré-termo e de termo	29
Discussão	33
Referências	39
Anexos	

Índice de Quadros

Quadro 1. Bonding em mães de recém-nascido pré-termo e mães de recém-nascidos de termo (médias e desvios-padrão).....	30
Quadro 2. Estado Psico-emocional de mães de recém-nascidos pré-termo e mães de recém-nascidos de termo (médias e desvios-padrão).....	31
Quadro 3. Correlações entre variáveis bonding, estado psico-emocional e auto-estima materna.....	54

Índice de Figuras

Figura 1. Local de Residência das participantes	17
Figura 2. Profissão das participantes.....	18
Figura 3. Bonding Not Clear (item “receosa”) em função da idade do bebê.....	27

Glossário de siglas

ACP – Análise de Componentes Principais

EAAP - Escala de Avaliação das Alterações Psico-Emocionais do Puerpério

MAC - Maternidade Dr. Alfredo da Costa

MIBS - Mother-To-Infant Bonding Scale

MSRI - Maternal Self-Report Inventory

NS – Não Significativo

SPSS - Statistical Package of Social Sciences

Introdução

Um vasto conjunto de estudos tem salientado a importância das primeiras relações mãe-bebé e da criação de laços desde o início da vida (Fegran, Helseth, & Fagermoen, 2008; Tessier et al., 1998) para o bom desenvolvimento do bebé. Tal como Teixeira e Leal (1995, p. 191) referem, a ligação precoce entre mãe e bebé é um “factor preditivo do futuro dessa relação e do desenvolvimento emocional e cognitivo da criança”.

Alguns factores poderão, no entanto, comprometer o desenvolvimento desta relação precoce, um desses factores é a prematuridade. Alguns investigadores (e.g. Botelho, 2006; Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet, & Muller-Nix, 2011) defendem que toda a conjuntura em torno da prematuridade (e.g. o internamento do bebé, o facto do bebé ser considerado como mais frágil e vulnerável do que os outros) tem efeitos nas vivências maternas, o que poderá dificultar a relação, e a própria interacção mãe-bebé.

Nesta situação o período de gravidez é abreviado, pelo que o parto surge quando a mãe ainda não está preparada e como consequência, e na maior parte dos casos, a mãe e o bebé são separados no pós-parto imediato (Teixeira & Leal, 1995).

Alguns estudos referem que a prematuridade conduz, na mãe, a uma maior ansiedade, sentimentos depressivos, percepção de incompetência, receio pela sobrevivência do bebé e auto-estima negativa (e.g. Souza, Burtet, & Busnello, 1997, cit. in Schwengber & Piccinini, 2003; Botelho, 2006; Marson, 2008; Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, & Martinez, 2004).

O presente trabalho pretende dar um contributo para a investigação na área da vinculação materna e da prematuridade, uma vez que visa 1) avaliar em que medida a paridade, ou seja, o facto de estas mães serem primíparas ou múltiparas, bem como a idade do bebé, influenciam o estabelecimento da relação mãe-bebé (*bonding*), o estado psico-emocional e a auto-estima maternas; 2) a relação existente entre o *bonding*, o estado psico-emocional das mães e a sua auto-estima (materna); 3) ainda, e de forma a enriquecer a presente pesquisa, dada a existência de dados sobre o *bonding* e o estado psico-emocional em amostras de mães de termo, considerou-se pertinente comparar estas variáveis nos dois tipos de amostra (mães pré-termo e mães de termo). Assim, o presente estudo pretende igualmente complementar a investigação que tem sido realizada no contexto português, uma vez que grande parte da pesquisa nesta área é de natureza qualitativa centrando-se sobretudo nas vivências de pais e mães durante este período (e.g. Cunha et al., 2009; Ferreira, 2005; Pedro, 2007; Silva, 1999).

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes, sendo que a primeira parte, denominada, Enquadramento Teórico corresponde a uma revisão teórica sobre a Gravidez, Maternidade e Prematuridade, na qual se analisam em maior detalhe alguns tópicos, a saber: o processo gravídico e todas as transformações que ocorrem no corpo da gestante; a vinculação materna e a relação que estabelece entre a mãe e o bebé enquanto processos cruciais para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (Borsa, 2007); a prematuridade, definição, prevalência em Portugal, e o impacto psico-emocional nas mães de bebés prematuros.

A segunda parte corresponde ao Estudo Empírico por nós efectuado, definindo-se os participantes, os instrumentos utilizados e o procedimento.

Seguidamente apresentam-se, respectivamente, os resultados obtidos no presente estudo. Finalmente, no último ponto será feita a discussão dos mesmos, mencionando-se algumas limitações da presente pesquisa e são apontadas sugestões para estudos futuros.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Gravidez e Maternidade perante a Prematuridade

1. Processo gravídico / Transição para a Maternidade

Diversos autores têm-se debruçado sobre aquilo que se designa por processo gravídico, tentando, essencialmente identificar as fases subjacentes a este processo (e.g. Canavarro, 2001; Cohen & Slade, 2000; Colman & Colman, 1973, cit. in Campos, 2000).

Como tal, o processo gravídico corresponde a todo um processo de transformações na mulher, sejam estas, biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, encaradas como um processo dinâmico, de construção e desenvolvimento que permite uma preparação para o papel de mãe (Canavarro, 2001). Todo este processo é fortemente afectado por diversas variáveis que influenciam a forma como a mulher experiencia a gravidez, nomeadamente, a idade da gestante, o estatuto socioeconómico, o contexto social (relação com o parceiro, com os filhos e com a própria família de origem), e a cultura onde está inserida (Cohen & Slade, 2000).

Existe na literatura alguns estudos que investigaram a correlação da idade com a experiência da gestação. Por exemplo, estudos como os de Barnet, Joffe, Duggan, Wilson e Repke (1996) mostram que a idade jovem da mãe pode ser um factor de risco para aumento da ansiedade e depressão durante a gravidez e pós-parto e para a diminuição da atenção pré-natal.

Por outro lado, Reece (1995), num dos seus estudos com mães primíparas, concluiu que mulheres com idade superior a 35 anos têm níveis mais elevados de *stress* do que mulheres mais jovens, podendo isto dever-se ao facto de que as mulheres mais velhas têm, geralmente, estilos de vida mais estabelecidos, sendo que a gravidez e a maternidade são vistas como experiências mais perturbadoras para a sua vida em geral do que para as mulheres mais jovens.

Actualmente, e de acordo com Colman e Colman (1973, cit. in Campos, 2000), o processo gravídico normal pode ser descrito por três fases: incorporação, diferenciação e separação. A fase da incorporação constitui um período de aceitação, implicando o ajustamento da mulher às expectativas da maternidade e um trabalho em volta da identidade feminina. A segunda fase, a diferenciação, tem início com a percepção da mãe e dos primeiros movimentos fetais. Por fim, a fase da separação constitui um período de preparação psicológica para o parto, já que e antes da separação biológica, a gestante terá de conseguir

separar-se psicologicamente do bebê, o que ocorre nos últimos meses de gravidez, tendo o seu fim no momento do parto. Estas fases, por sua vez, compreendem uma sequência de seis tarefas psicológicas, nomeadamente, aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar a relação parental anterior, reavaliar o relacionamento com o parceiro, aceitar o bebê como um ser individualizado e integrar a sua própria entidade (incorporar a identidade maternal). Contudo, autores como Canavarro (2001) fazem referência a uma sétima tarefa, como sendo aquela que ocorre no puerpério, denominada reavaliação da relação com os outros filhos.

Segundo Colman e Colman (1991, cit. in Campos, 2000; Canavarro, 2001), e numa perspectiva mais dinâmica, no primeiro trimestre da gravidez, e até ao aparecimento dos primeiros movimentos fetais a mulher trabalha o processo de identificação materna, procurando referências nos modelos maternos conhecidos, especialmente na sua própria mãe. No segundo trimestre, conhecido como o período mais calmo, a grávida organiza o significado da gravidez na conjuntura da vida conjugal, onde reavalia a relação com o cônjuge e transfere a necessidade de dependência que tinha com a sua mãe para aquele. Por fim, no terceiro trimestre surgem as questões relacionados com a separação e com o parto, sendo que nesta fase a mãe prepara-se para o nascimento do bebê e respectiva separação com o mesmo.

Desta forma, ao longo da gestação e com todas as transformações que daí advém, a mulher, deverá encarar-se como uma cuidadora, ou seja, alguém capaz de proporcionar ao bebê um ambiente favorável ao seu desenvolvimento (Solomon & George, 1996). No pensamento de Bowlby (1988, cit. in Cohen & Slade, 2000, p. 27), “she must come to see herself as able to provide a secure base for her child.”

2. Bonding / Vinculação materna

Apesar da vinculação da criança aos pais, ou seja o *attachment*, ter sido amplamente investigada ao longo dos tempos, como é o caso dos estudos clássicos de Bowlby (1958) sobre a teoria da vinculação e Ainsworth (1969) referente à situação estranha, a vinculação dos pais à criança continua, segundo alguns autores (e.g. Feldman, Weller, Leckman, Kuint, & Eidelman, 1999; George & Solomon, 2008; Wittkowski, Wieck & Mann, 2007) praticamente por estudar. Contudo, tem sido largamente mencionado na literatura que o envolvimento emocional dos pais é decisivo para a qualidade da interação e dos cuidados

que fornecem, e por isso, é tido como algo que afecta o desenvolvimento da criança (Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco, & Pais, 2005b).

Assim, pode distinguir-se na literatura o conceito de vinculação do de bonding, ou de vinculação materna.

O termo vinculação (attachment) revela-se polissémico e foi-se enriquecendo ao longo do tempo. A vinculação é composta por todos os comportamentos observáveis do bebé, cuja finalidade seja a aproximação da ou com a mãe, como por exemplo, o sorriso, a vocalização, o choro e mais tarde o agarrar e o gatinhar (Guedeney & Guedeney, 2002). O termo vinculação aparece pela primeira vez em 1958, num artigo de Bowlby, denominado “A natureza da ligação da criança com a mãe”, iniciando-se, desta forma, a pesquisa sobre a primeira relação socio-afectiva específica que a criança estabelece com a mãe, designada em língua anglo-saxónica por attachment (vinculação) (Figueiredo, 2001a). De acordo com Bowlby, “a vinculação é o contrário de dependência. O objectivo daquela não é originar o amor, mas sobreviver” (Guedeney & Guedeney, 2002, p. 56).

Mais tarde, Klaus e Kennell (1976, cit. in Figueiredo, 2003, 2005, p. 522) introduziram o termo bonding para se pronunciarem sobre a “relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé”, estimulando o estudo da interacção mãe-bebé, mas sobretudo dando particular ênfase à relação que se estabelece da mãe para o bebé, sendo, deste modo, desde os anos 70 do século XX que este conceito ganhou particular atenção.

Segundo estes autores, esta relação iniciar-se-ia com os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, sendo facilitada pelo sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebé, estando a sua formação beneficiada, num período sensível, localizado nos momentos imediatos ao parto. Quando a proximidade e o contacto directo são favorecidos durante os primeiros dias após o parto, o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido é beneficiado, bem como a criação de uma interacção ajustada que direcciona a um melhor desenvolvimento da criança (e.g. Crouch, 2002; Klaus et al., 1972, cit. in Figueiredo, 2005; Tessier et al., 1998).

Winnicott (1956/2000, cit. in Esteves, 2009; Feldman et al., 1999) foi um dos autores pioneiros no que concerne à observação de uma disposição própria em relação ao bebé, pela maioria das mães, nos momentos que se sucedem ao parto. Esta disposição, denominada “preocupação materna primária”, coliga a preocupação do bem-estar do bebé com o reconhecimento exacto das suas necessidades fisiológicas e psicológicas, levando à sua satisfação imediata e apropriada, contribuindo para o seu bom desenvolvimento.

Do mesmo modo, Stern (1995) menciona uma organização psíquica por parte das mães, que denominou de *motherhood constellation*, que irá determinar um novo conjunto de tendências de acção, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. Sendo que durante a gravidez, a mãe elabora uma representação do bebé, bem como uma representação de si enquanto mãe. Estas representações têm o intuito de preparar mentalmente a mãe para receber o recém-nascido e a criar condições necessárias à interacção e aos cuidados adequados ao bebé após o parto.

Nos últimos anos, também George e Solomon (2008) evidenciaram a relevância do estudo da vinculação da mãe ao bebé e não apenas do bebé à mãe. Tendo como referência Bowlby (1958/1976, cit. in Figueiredo, 2005), segundo o qual a sobrevivência do bebé depende da proximidade da mãe, estes autores desenvolveram a noção da existência de uma interdependência entre os sistemas de vinculação da mãe e do bebé, sendo que há um desenvolvimento de disposições internas maternas, denominadas por bonding ou vinculação materna, que favorecem a proximidade com o bebé, e garantem a sua sobrevivência e protecção, mas existe também a participação do bebé neste acontecimento, uma vez que este acciona uma série de comportamentos (nomeadamente, o choro e o sorriso), que desencadeiam respostas maternas, estimulando a ligação do bebé à mãe e vice-versa.

Desta forma, verificamos que o bonding constitui-se, essencialmente, sob dois aspectos: a preocupação materna com a segurança e bem-estar do bebé (e.g. Winnicott, 1956, cit. in Figueiredo, 2005) e o vínculo único, respondente ao investimento emocional e ao espaço mental ocupado pelo bebé (e.g. Stern, 1995).

Alguns autores têm ainda estudado o que designam por “período crítico” ou “sensível” (Kennell, Trause, & Klaus, 1975, cit. in Figueiredo, 2003), e que corresponde aos momentos imediatos ao parto, sendo facilitador da formação do bonding. O mesmo foi evidenciado nas investigações sobre o *imprinting*, elaboradas com mamíferos. Estes estudos apuraram que, não existindo nenhum tipo de contacto nos momentos imediatos ao parto, a mãe recusa a cria. Contudo, esta ideia começou a ser parcialmente posta em causa, uma vez que e apesar do período imediato ao parto reunir as condições óptimas para a formação da vinculação, isto não parece observar-se com todas as mulheres, e até mesmo com outros mamíferos, sendo que deste modo, a vinculação materna poderá estabelecer-se gradualmente, começando antes da gravidez, com os seu planeamento, seguindo durante a gestação, com a confirmação e aceitação da gravidez, bem como posterior aceitação do feto enquanto indivíduo, e continua no parto e pós-parto, com a visualização do bebé e aceitação do mesmo como indivíduo autónomo (e.g. Fleming, Rubble, Krieger, & Wrong, 1997; Freitas, 2011).

Assim, outras variáveis parecem contribuir para a formação do bonding. Com efeito, num dos seus estudos, Robson e Kumar (1980), concluíram que algumas mães sentem indiferença quando seguram no seu bebé pela primeira vez, sendo que é mais comum esta situação ocorrer em mães primíparas (40%) do que em mães múltiparas (25%).

Também algumas variáveis biológicas e psicológicas poderão facilitar a ligação da mãe ao bebé durante a gravidez, mas principalmente no parto e pós-parto. A nível biológico, nomeadamente, ao nível hormonal, o aumento da ocitocina e prolactina, relacionadas com o parto e amamentação, tornam a mãe mais sensível e receptiva ao bebé. A nível psicológico, a segurança na representação da vinculação e o ajustamento no relacionamento conjugal parecem ser variáveis importantes neste processo (Halft & Slade, 1989; Isabella, 1994).

Podemos deste modo concluir, evidenciando que, e uma vez, que o comportamento do bebé intervém na vinculação materna, o bonding não é um evento unidireccional, mas sim um processo interactivo (Figueiredo, 2001b, 2003, 2005). Deste modo, e segundo Crouch (2002), o envolvimento entre a mãe e o bebé poderá ser afectado devido a factores internos, como por exemplo, a experiência da mãe (primíparas) e as próprias características do recém-nascido, uma vez que quando as competências do bebé são reduzidas, há uma inibição na interacção e nos contactos diádicos, como acontece no caso da prematuridade.

3. Prematuridade

Quaisquer pais desejam que o seu bebé nasça dentro do tempo previsto, após nove meses de gestação, adquirindo todas as experiências decorrentes desse processo que corresponde à gravidez e que permite a preparação para a chegada do novo membro da família. No entanto, e contradizendo esta expectativa, alguns bebés nascem prematuramente. Esta chegada antecipada origina nos pais experiências que implicam adaptações, de modo a compreender toda esta nova realidade para a qual, muitas vezes, não estavam preparados (Mendes, 2006).

Até meados do século XIX, os bebés nascidos antes do tempo eram denominados de “fracalhões” ou “débeis congénitos”, sendo abandonados e acabando por falecer sem nenhuma intervenção. Somente em 1884, começam a surgir propostas de intervenção orientadas exclusivamente para estes bebés, que passam a ser identificados como “recém-nascidos pré-termo”. A década posterior ficou conhecida essencialmente devido a dois marcos históricos, conseguidos por Burdin, ao criar em 1894, a incubadora e em 1895, a primeira

unidade de cuidados intensivos neonatais, no Hospital de Port Royal, em Paris (Wolke, 1991, cit. in Botelho & Leal, 2001).

Embora muitos investigadores tenham procurado definir e categorizar as diversas situações de prematuridade, actualmente a mais aceite é a sugerida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), que define a prematuridade como todo o nascimento que ocorra entre as 28 e as 37 semanas de gestação, sendo classificados como extremamente imaturos, todos os bebés que nasçam antes das 28 semanas. A WHO distingue ainda os bebés com baixo peso ao nascer, sendo considerados todos aqueles com peso entre as 1000 e 2499 g e como baixo peso extremo, todos aqueles que nasçam com peso igual ou inferior a 999 g.

Quanto maior o grau de prematuridade mais acrescidos são os riscos de mortalidade e morbidade destes bebés (Barros, 2008).

Actualmente, estima-se que um em cada dez bebés nasça prematuramente, sendo que anualmente nascem cerca de 13 milhões de bebés prematuros a nível mundial (WHO, 2012).

No que concerne a Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), e abordando primeiramente a natalidade no seu geral, verificou-se um aumento entre 2009 e 2010, sendo que em 2009, nasceram 99,491 (9,4%), e em 2010, 101 381 (9,5%) bebés. Relativamente aos nascimentos prematuros, verificou-se um decréscimo, sendo que em 2010 nasceram 7,7%, menos 1% que em 2009. Contudo, em 2010, houve um aumento no que concerne aos recém-nascidos com baixo peso, mais 0,1% do que em 2009.

Tendo presente não só as implicações de um parto prematuro para o recém-nascido, como para a sua mãe (Botelho, 2006), e apesar dos avanços na assistência perinatal e neonatal terem aumentado significativamente as taxas de sobrevivência de prematuros, o nascimento prematuro (pré-termo) é ainda associado com a mortalidade infantil e considerável morbidade, representando um importante problema de saúde pública mundial. Nesta linha de pensamento, Shea (2002, cit. in Mendes, 2006) refere que ao nascimento prematuro estão associados uma diversidade de factores pré e pós-natais que poderão prejudicar o desenvolvimento adequado do recém-nascido. Por outro lado, bebés muito prematuros, de muito baixo peso ou prematuros com complicações médicas estão em risco acrescido de desenvolverem problemas a nível psicológico, emocional ou comportamental a curto ou a longo prazo, entre elas, paralisia cerebral, cegueira, surdez, deficiência mental, entre outras (Allin et al., 2001, cit. in Mendes, 2006; Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet, & Muller-Nix, 2011).

O nascimento pré-termo é também reconhecido como uma experiência stressante e emocionalmente exigente que tem um impacto a longo prazo em ambos os pais (Forcada-Guex et al., 2011). É sobre este ponto que nos vamos debruçar de seguida.

4. Primeiras vivências maternas: Que sentimentos, que emoções?

Todo o processo conexo à transição para a maternidade e respectiva interacção com o bebé envolve mudanças significativas na vida da mulher. Deste modo e segundo Esteves (2009), autores como Bowlby (1989), Brazelton e Cramer (1992), Klaus, Kennell e Klaus (2000) e Winnicott (2000), têm salientado que os primeiros contactos entre a mãe e o recém-nascido determinam a natureza das relações posteriores, sendo instituídos, nesta fase, os padrões individuais da interacção.

Portanto, a separação da mãe com o bebé antes do estabelecimento de alguns processos interactivos na díade, como acontece no nascimento pré-termo, poderá conter o envolvimento emocional materno (Figueiredo et al. 2009), uma vez que esta separação pode dificultar as actuais e futuras ligações afectivas, interferindo, também, nos sentimentos maternos, nomeadamente, no que respeita à percepção de competência materna e à auto-avaliação que faz relativamente à sua importância para o bebé (Mendes, 2006).

Neste sentido, a separação entre a mãe e o bebé logo após o nascimento possui actualmente um significado muito mais abrangente do que aquele que detinha no passado. A sensação de perda, sentida pela mulher, após o parto é tida como consequência de todo o período satisfatório em que transportou o bebé dentro de si, sendo que a separação aquando de uma situação de prematuridade, poderá ter implicações negativas, já que é uma fase mais propícia para o estabelecimento do bonding (Lebovici, 1987, cit. in Freitas, 2011).

Nas décadas de cinquenta e sessenta, existia uma preocupação com a protecção dos utentes contra o risco de doenças epidémicas (e.g. infecções), o que originou a criação de políticas extremas de isolamento e separação entre o bebé e a mãe logo após o parto. Somente na década de noventa, é que mães e bebés passaram a dividir o mesmo quarto. Para a concretização deste progresso, dois estudos foram fundamentais, pois revelaram que a presença dos pais não só não aumentava o número de infecções, como ainda estimulava o desenvolvimento do bebé (Klaus & Kennell, 1982, cit. in Brum & Schermann, 2004).

Desde então, os diversos acontecimentos essenciais (e.g. experiências através do contacto precoce) para a formação do vínculo entre a mãe e o bebé, foram tidos em maior

consideração (Klaus & Kennell, 1992, cit. in Esteves, 2009), sendo que, e como já referido anteriormente, a vinculação materna forma-se gradualmente durante a gravidez, parto e pós-parto.

Se muitas das mulheres não se sentem totalmente preparadas para ser mães, após um período gestacional completo (nove meses), muito menos preparadas se sentirão quando esse período é abreviado, como acontece no parto pré-termo, onde existe uma impossibilidade de alcançar o final do terceiro trimestre da gravidez. Este trimestre corresponde essencialmente à terceira fase proposta por Colman e Colman (1973, cit. in Campos, 2000), denominada por separação, constituída como um período de preparação psicológica para o parto e respectiva separação com o bebé. Perante esta situação estas mulheres sentem-se perdidas e incompletas. E para agravar estas vivências, as complicações físicas do recém-nascido fazem ameaçar o ajustamento psicológico de ambos, um factor importante para a qualidade das representações de vinculação dos pais e que afecta o relacionamento mãe-bebé e os resultados infantis (Botelho, 2006; Chapieski & Evankovich, 1997; Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2006; Forcada-Guex et al. 2011; Pierrehumbert et al., 2004; Wijnroks, 1999).

Deste modo, segundo Botelho (2006), um bebé pré-termo é visto como uma frustração para a mãe, que vê fracassados os seus esforços durante a gravidez. Conforme o mesmo autor, o facto de não conseguirem ter uma gravidez no termo (período gestacional completo) provoca nestas mulheres sentimentos de insatisfação e angústia, que podem perdurar por algum tempo até que se sintam capazes de experienciar satisfação no seu novo papel de mãe.

Conforme Rosenblatt (1997, cit. in Botelho, 2006, p. 101):

O parto prematuro resulta do cerceamento das preparações práticas e efectivas, tão caras a qualquer mãe. Mas, mais grave ainda, é o confronto que lhes está reservado com um bebé tecnológico (*high-tech baby*), um ser em miniatura rodeado da mais sofisticada tecnologia.

Algumas pesquisas (Chatwin & Macarthur, 1993) têm revelado também que as mães de recém-nascidos pré-termo precisam de adaptar-se a um bebé que não preenche as suas expectativas do bebé ideal e cujo nascimento pode precipitar uma situação de crise, podendo inibir, por sua vez, a relação com o bebé.

Para além dos “processos fantasmáticos” que os pais experienciam, subsiste ainda outra condição que poderá ameaçar a vinculação, nomeadamente, a imaturidade do bebé, pois esta impede a estimulação do recém-nascido, reduzindo, conseqüentemente, o estabelecimento do contacto deste com os progenitores (Botelho & Leal, 2001).

Diversos estudos (e.g. Barros, 2001; Forcada-Guex et al. 2006, 2011; Pimentel, 1997) têm-se debruçado sobre as características de interação das díades prematuras, referindo-a como um processo através do qual “a mãe entra em contacto com o bebé, dirigindo-lhe algumas mensagens, e o bebé, por sua vez, responde-lhe com recurso aos seus próprios meios” (Lebovici, 1993, p. 95, cit.in Figueiredo, 2001a). A interação é, desta forma, compreendida como o “diálogo comportamental” (Bakeman & Brown, 1977) que ocorre entre a mãe e o bebé, cujo objectivo primordial é a comunicação.

O internamento do bebé parece inibir o envolvimento parental (Pedro, 2007). Os bebés prematuros têm sido descritos como mais passivos, menos atentos e mostrando pouco afecto positivo e menos expressão facial durante as interações diádicas (Bozzette, 2007; Forcada-Guex, et al., 2006; Udry-Jørgensen et al., 2011), podendo isto dever-se ao facto da exposição destes bebés, 24 horas por dia, a elevados níveis de estimulação auditiva e visual (Ferreira, 2005). Por sua vez, as mães de bebés prematuros têm sido descritas como menos sensíveis ao interagir com seu bebé, o que é considerado como prejudicial ao desenvolvimento da criança (Forcada-Guex et al, 2006; Muller-Nix et al., 2004, cit. in Udry-Jørgensen et al. 2011).

Este tipo de interações, mais negativas para mãe e bebé, poderão no entanto ser explicadas por outras variáveis associadas à mãe, nomeadamente o seu estado emocional ou psicológico, e mais concretamente por sentimentos depressivos, ansiedade, melancolia (*baby blues*), fobias e ideias obsessivas (Barros, 2001; Padovani et al. 2004; Marson, 2008; Schwengber & Piccinini, 2003) que as mães transparecem aquando da hospitalização do seu filho. As perturbações psico-emocionais que as mães poderão apresentar têm, segundo Figueiredo et al. (2009); Brazelton e Cramer (1992, cit. in Schwengber & Piccinini, 2003), um grande impacto sobre a capacidade de se relacionar com o bebé, uma vez que emoções particularmente negativas e não claras são mais intensas quando a mãe está, por exemplo, deprimida.

4.1. Sentimentos Depressivos

Ao abordar este ponto, importa distinguir o conceito de depressão do conceito *blues* pós-parto; embora haja uma certa confusão na sua distinção, cada um deles tem as suas particularidades e uma duração de ocorrência diferente, pois enquanto a depressão raramente

se inicia antes da oitava semana, o blues pós-parto raramente está presente depois da segunda semana após o parto (Figueiredo, 2001b).

O blues pós-parto refere-se comumente a mudanças de humor ou leves sentimentos de tristeza que ocorrem após o parto. Também chamado de reactividade pós-parto, é visto como um estado depressivo transitório e benigno, cujo pico ocorre entre o terceiro o quinto dia após o parto e desaparece nas duas semanas seguintes ao nascimento do bebé (Glangeaud-Freudenthal, Crost, & Kaminski, 1999; Kennedy, Beck, & Driscoll, 2002, cit. in Association of Reproductive Health Professionals (ARHP), 2006; Sousa & Leal, 2010).

Assim sendo, este estado tem sido delimitado a uma breve perturbação de humor em consequência das alterações hormonais decorrentes do nascimento e aleitamento do bebé, bem como a certas reacções psicológicas, decorrentes, por exemplo, de uma gravidez não planeada, e de sentimentos de negativos no final da gravidez, devido à aparência física do bebé e a dificuldades emocionais em lidar com o bebé (Condon & Watson, 1987). Alguns estudos (Iles, Gath, & Kennerley, 1989; Yalom, Lunde, Moos, & Hamburg, 1968, cit. in Figueiredo, 2001b) comprovam que 50 a 80% das mães desenvolvem esta desordem, evidenciando uma taxa de incidência muito significativa a nível mundial. Outras investigações, como as de Henshaw (2003, cit. in Sousa & Leal, 2010) concluem ainda que o blues pós-parto ocorre mais frequentemente em mulheres primíparas, em situações de partos difíceis, cesarianas e inexperiência nos cuidados ao recém-nascido.

Por sua vez, a depressão tem sido definida como uma perturbação do humor, desenvolvendo-se essencialmente no momento do parto. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2006, cit. in Veríssimo, 2010), esta perturbação pode iniciar-se logo na primeira semana após o parto, em cerca de 50% dos casos podendo ser identificada ainda pela presença de um episódio depressivo *major*, que ocorre normalmente, entre o segundo e o terceiro mês após o parto (O'Hara, 1997, cit. in Figueiredo, 2001b), afectando aproximadamente 10 a 15% das puérperas (e.g. Boyd, Zayas, & McKee, 2006; O'Hara & Swain, 1996). Importa ainda salientar que alguns estudos (Cox, Murray, & Chapman, 1993) sugerem que o risco das mulheres desenvolverem depressão logo após o parto é aproximadamente três vezes mais do que em mulheres da população em geral. E que esta está, também, mais associada com o nascimento prematuro e com baixo peso ao nascer (Wilen & Mounts, 2006). Nesta situação a depressão aparece sobretudo quando a mãe verifica que o parto não decorreu conforme previsto ou que o bebé é menos saudável do que o esperado. Apesar da presença da depressão clínica se cingir a um grupo circunscrito, as reacções depressivas, como sensação de desespero e auto-desvalorização, crises de choro, aumento de

inactividade, bem como dificuldades na alimentação e no sono são frequentes nestas mães (Barros, 2001).

Todavia, e conforme Brazelton (1988, cit. in Schwengber & Piccinini, 2003), a depressão materna, apresenta um lado positivo, uma vez que a hipersensibilidade da mãe contribui para a pesquisa de meios para compreender o seu bebé. O autor salienta ainda que a depressão poderá, igualmente ser profícua em auxiliar a mãe a se distanciar do seu antigo mundo e a desenvolver sensibilidade e responsabilidade com o bebé. Apesar de tudo, a depressão materna é vista como um forte preditor para um envolvimento emocional negativo, bem como para um pior vínculo com o recém-nascido (Figueiredo et al. 2009), uma vez que estas mães mostram-se menos sensíveis na interacção com o bebé, representando um risco aumentado para o seu desenvolvimento (Moehler, Brunner, Wiebel, Reck, & Resch, 2006).

Outra perturbação que por ventura poderá manifestar-se no puerpério é a ansiedade, que descrevemos em seguida.

4.2. Ansiedade

A ansiedade, de acordo com Costa (2006, cit. in Veríssimo, 2010), é um estado emocional complexo, multidimensional, traduzindo-se num conjunto de respostas fisiológicas, cognitivas, comportamentais e subjectivas que, em contextos desestruturados se torna inibidora, tornando o sujeito mais vulnerável. Este tipo de distúrbio pode aparecer isolado ou em comorbilidade com a depressão (ARHP, 2006).

O puerpério, como sendo uma fase de intensas experiências, é visto como o período de maior risco para o aparecimento ou aumento dos sintomas ansiosos. Assim sendo, a ansiedade após o parto é vista como um fenómeno comum nos Estados Unidos da América (EUA), já que cerca de 5 a 20% das mulheres desenvolve ansiedade neste período, sendo a sua ocorrência mais comum em mães primíparas, devido, muito provavelmente, à falta de experiência ou menor maturidade da mãe (ARHP, 2006; Baptista, Baptista, & Torres, 2006; Faisal-Curry & Menezes, 2006; Veríssimo, 2010).

A ansiedade é compreendida como um estado emocional presente ao longo de todo o processo gestacional, sendo caracterizada por um estado de insegurança, incerteza insatisfação e medo da experiência desconhecida (Tedesco, Zugayb, & Quayle, 1997, cit. in Baptista, Baptista, & Torres, 2006). Poderá, também, ser explicada pelo medo e preocupação com a sobrevivência do recém-nascido, bem como pela percepção de incapacidade para cuidar do bebé. Não obstante, o facto de muitas vezes haver a impossibilidade de obter informações concludentes sobre o estado de saúde ou o prognóstico do bebé, da existência de

mudanças céleres no seu estado clínico, ou dos profissionais de saúde divulgarem algum grau de incerteza sobre a informação transmitida, coopera para o aumento da ansiedade (Barros, 2001). O que conseqüentemente poderá comprometer a vinculação mãe-bebé (Faisal-Curry & Menezes, 2006).

4.3. Auto-estima

A transição para a maternidade e as novas vivências maternas neste período têm, também um impacto ao nível da auto-estima. Esta pode ser vista enquanto constructo multidimensional, podendo distinguir-se uma auto-estima global de uma auto-estima específica. No seu geral, e de acordo com Rosenberg (1965, cit. in Romano, Negreiros, & Martins, 2007) a auto-estima é tida como a atitude global que o indivíduo tem em relação a si próprio, a qual implica um sentimento de valor, expressando uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo. Os componentes mais específicos da auto-estima relacionam-se com a avaliação que o indivíduo faz de si próprio num domínio específico de funcionamento. Estas auto-avaliações são frequentemente mais transitórias e relacionadas a condições e situações específicas (Shea & Tronick, 1988), como acontece, por exemplo, com a maternidade.

A auto-estima materna, segundo McGrath, Boukydis e Lester (1993), pode ser definida como o valor que uma mulher atribui à sua capacidade enquanto mãe. Esta pode ser vista como um aspecto que intervém sobre os factores biossociais que influenciam a adaptação da mulher à maternidade. Tais factores incluem, por exemplo, variações na saúde da criança e da própria mãe, no sexo do bebé, aspectos demográficos, separação após o nascimento e suporte social. Modificando a auto-estima materna, estes factores irão conseqüentemente mudar a qualidade do comportamento da mãe em relação ao bebé. Por exemplo, uma mãe com uma baixa auto-estima, muito provavelmente será menos facilitadora e mais disruptiva na relação com o bebé, sendo que este comportamento poderá comprometer o desenvolvimento do bebé (Shea & Tronick, 1988).

Diversos factores têm sido apontados como afectando a auto-estima materna. Estudos como os de Seashore, Leifer, Barnett e Leiderman (1973) revelam que as mães que não tiveram um contacto precoce com os seus bebés têm uma auto-estima mais baixa, comparativamente àquelas que tiveram a possibilidade de estabelecer esse contacto. No entanto, as diferenças nos níveis de auto-estima, pelo menos no estudo supracitado, não foram somente derivadas da separação entre a mãe e o bebé. Estes autores, tal como Westbrook (1978) averiguaram, também, que há uma auto-estima mais baixa em mães primíparas quando

comparadas com mães múltiparas, independentemente da experiência de contacto precoce com o bebé.

O nascimento de um bebé pré-termo interfere, igualmente, ao nível da auto-estima materna, já que, a construção do papel e da identidade maternas poderão ficar comprometidos: em algumas mães surgem sentimentos de intenso fracasso e inaptidão, o que se traduz numa diminuição da auto-estima materna (Quayle, 1997, cit. in Marson, 2008).

Em suma, a experiência de ser mãe e cuidar de um recém-nascido contém muitos elementos que interferem com a auto-estima materna: os novos papéis que a mãe tem de assumir, e que incluem maior autonomia e responsabilidade; a exposição a um ambiente novo; a demonstração de inadequação, o que pode contribuir para uma auto-estima mais positiva ou negativa (Epstein, 1979, cit. in Shea & Tronick, 1988).

Alguns estudos qualitativos em Portugal mostram exactamente a influência da experiência da maternidade com a auto-estima, sentimentos depressivos e demais emoções negativas, nomeadamente, a ansiedade, frustração, medo, que estas mães possam sentir aquando de um nascimento prematuro (e.g. Cunha, et al., 2009; Quintas, 2002).

Com base nestes sentimentos que a mãe poderá vir a desenvolver, podemos aferir que o envolvimento emocional da mãe com a criança é seriamente afectado pelo humor da mãe (Feldman, Weller, Leckman, Kuint, & Eidelman, 1999; Taylor, Atkins, Kumar, Adams, & Glover, 2005), o que por sua vez poderá influenciar o desenvolvimento afectivo, social e cognitivo da criança (Cummings & Davies, 1994; Field, 1998; Schwengber & Piccinini, 2003).

Contudo, num estudo qualitativo levado a cabo por Silva (1999), onde compara mães pré-termo e de termo relativamente à satisfação com a maternidade, conclui que as mães pré-termo, apesar de todos os contratemplos, valorizam mais a maternidade.

Objectivos do Estudo

Em suma, a prematuridade tem sido um tópico de pesquisa bastante estudado e em Portugal, particularmente na última década, debruçando-se sobretudo em torno das vivências maternas e paternas (e.g. Ferreira, 2005; Pedro, 2007; Quintas, 2002; Silva, 1999).

Face à revisão de literatura efectuada, este estudo pretende ser um contributo para esta área de pesquisa, ao procurar analisar o impacto da paridade das mães (primíparas vs múltiparas), bem como da idade do bebé na relação que esta estabelece com o mesmo (i.e.,

bonding), bem como no seu bem-estar psicológico e emocional, e mais concretamente no seu estado psico-emocional (ansiedade, sentimentos depressivos e preocupação) e na sua auto-estima materna. Por seu lado, pretende-se averiguar a relação entre as várias variáveis supracitadas (bonding, estado psico-emocional, e a auto-estima maternas).

Finalmente, considerou-se pertinente fazer uma análise comparativa entre mães pré-termo e de termo no bonding e no estado psico-emocional das mesmas.

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo II – Método

1. Participantes

Para este estudo foram inquiridas 56 participantes, contudo e para uma maior homogeneidade da amostra e controlo dos próprios resultados, excluimos seis participantes, uma vez que estas tinham história de partos prematuros, o que poderia interferir nos resultados finais.

Assim sendo, a amostra final é constituída por 50 mães, na sua generalidade casadas ou em regime de união de facto (78%), cujos bebés nasceram prematuramente na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, sendo que na altura da aplicação dos instrumentos as mães tinham bebés com várias idades, nomeadamente, dos zero aos dois dias (28%), dos 3 aos 15 dias (30%) e dos 16 aos 30 dias (42%). É de salientar que 29 das participantes eram mães primíparas (58%) e 21 eram múltiparas e sem história de partos prematuros (42%).

No que respeita à idade, e observando o *Gráfico 1*, a média de idades era de 31,7 ($DP = 5,16$), variando entre 17 e 41 anos, prevalecendo na amostra participantes com 31 anos.

Relativamente à nacionalidade, a sua grande maioria pertencia à população portuguesa (82%), residentes na região da Grande Lisboa (62%), como nos ilustra o *Gráfico 2*, seguindo-se a Península de Setúbal com 24%, sendo que as restantes participantes distribuíam-se por outras regiões.

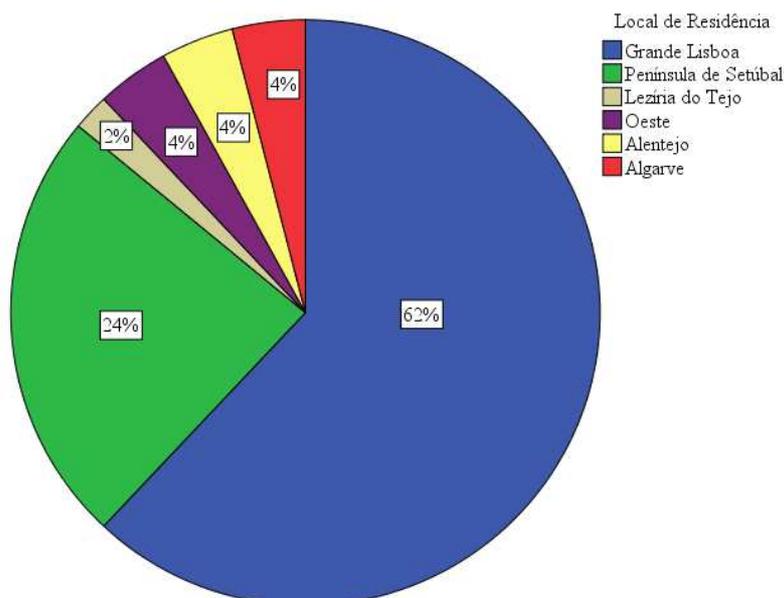


Gráfico 1 – Local de Residência das participantes

No que concerne às habilitações literárias, o grupo dividia-se essencialmente entre o Ensino Secundário e Ensino Superior, sendo o grupo que possuía o Ensino Superior mais representativo, correspondente a 60% da amostra. Por sua vez, os indivíduos que completaram o Ensino Secundário representavam 34%. No que concerne aos Ensinos Básico e Preparatório, as percentagens são semelhantes, sendo estas de 4% e 2%, respectivamente.

Por fim, a análise do *Gráfico 3* permite verificar que 84% da amostra trabalhava no Sector Terciário e que os restantes 16%, ou trabalhavam no Sector Secundário, ou eram estudantes ou estavam em situação de desemprego.

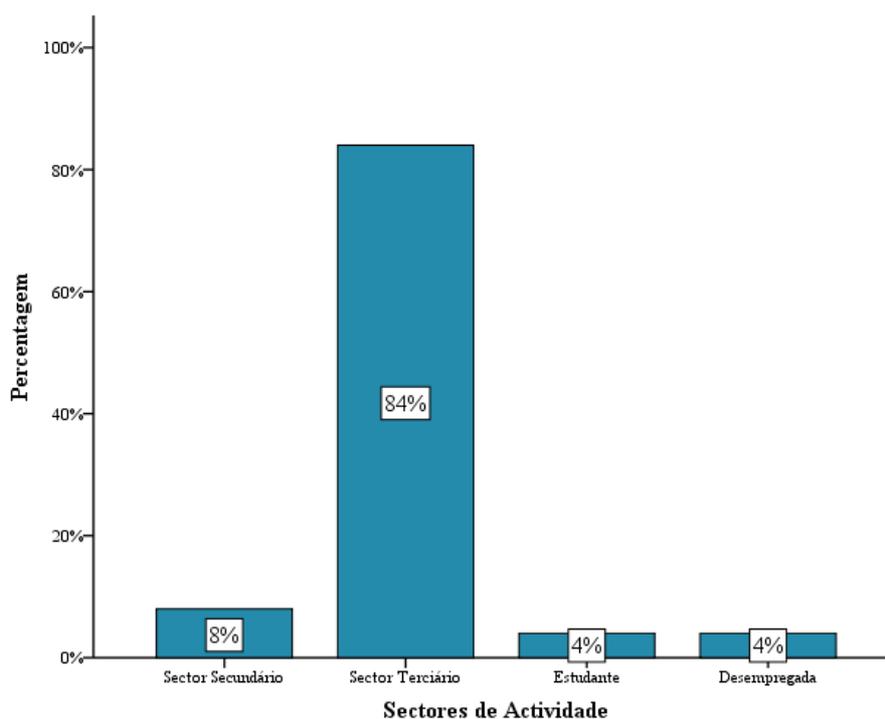


Gráfico 2 – Profissão das participantes

2. Instrumentos

No que respeita aos instrumentos foram aplicados quatro questionários: um questionário sociodemográfico, a escala *Mother-to-Infant Bonding Scale* (versão portuguesa de Figueiredo & Costa, 2005, 2009), a Escala de Avaliação das Alterações Psico-Emocionais do Puerpério (Sousa & Leal, 2010) e a escala *Maternal Self-Report Inventory* (adaptada por Pimentel, 1997).

2.1. Questionário Sócio-Demográfico

Com o intuito de se caracterizar a amostra neste questionário foi recolhida informação sobre: a idade materna, idade do bebé no momento de aplicação dos instrumentos, número de gravidezes, número de filhos, historial de partos prematuros e se havia conhecimento por parte da mãe de que o seu bebé seria prematuro, ou se pelo contrário, desconheciam esta situação.

Na sua totalidade o questionário aborda 11 questões de resposta fechada, sendo totalmente preenchido pelas participantes (Anexo A).

2.2. Mother-To-Infant Bonding Scale (MIBS)

A escala de bonding é um questionário de auto-preenchimento, originalmente de Taylor, Adams, Doré, Kumar e Glover (2005). A versão portuguesa é composta por 11 itens mais três do que na escala original, também de auto-resposta, sendo esta dada numa escala tipo *Likert* de quatro pontos (0 = *nada*; 1 = *pouco*; 2 = *bastante*; 3 = *muito*) e destina-se a avaliar o envolvimento emocional da mãe (ou pai) com o bebé (Anexo B)¹. Na versão portuguesa, os itens organizam-se em três sub-escalas: a sub-escala *Bonding Positivo* (Afectuosa; Protectora; Alegre), que dá conta do envolvimento emocional positivo; a sub-escala *Bonding Negativo* (Desiludida; Ressentida; Desgostosa; Agressiva; Zangada e Triste), que avalia o envolvimento emocional negativo; e a sub-escala *Bonding Not Clear*² (Neutra, sem sentimentos; Medrosa/Receosa), que sinaliza a presença de emoções que não estão claramente relacionadas com o envolvimento emocional dos pais com o bebé (Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco, & Pais, 2005a, b; Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais 2009).

Os índices correspondentes a cada sub-escala foram calculados seguindo as directrizes da autora (Figueiredo, et al., 2005a, b, 2009); previamente a este cálculo, procedeu-se à inversão de alguns itens, nomeadamente do Bonding Negativo e, seguidamente, ao cálculo da consistência interna das sub-escalas Bonding Positivo e do Bonding Negativo ($\alpha_{\text{Bonding_Positivo}} = 0,37$; $\alpha_{\text{Bonding_Negativo}} = 0,67$). Por seu lado, para o Bonding Not Clear, uma vez que engloba apenas dois itens, foi calculada a correlação entre ambos (correlação de Pearson), verificando-se não existir uma correlação significativa entre estes ($r = 0,18$, ns). Foi calculado, ainda, o

¹ Este instrumento encontra-se em anexo com o consentimento do autor.

² Optámos por utilizar a expressão Bonding Not Clear, porque era a utilizada pela autora do instrumento.

Bonding Total, analisando-se previamente a sua consistência interna ($\alpha = 0,68$). O cálculo desta variável corresponde à soma dos três tipos de bonding a dividir pelo número total de itens. O Bonding Total tem como valor mínimo 2,09 e máximo 3,00.

Relativamente aos resultados, quanto mais elevado o resultado do item e da sub-escala, “mais presente está a emoção a que se refere na relação mãe-bebé”. Quanto mais alto o resultado total, “melhor o envolvimento emocional da mãe com o bebé”, podendo ser considerado pobre (com valor entre zero e um), moderado (com valor entre um e dois), ou elevado (com valor entre dois e três) (Figueiredo, et al. 2005a, b, 2009), como verificámos acontecer no Bonding Total.

Nas análises estatísticas serão utilizados os índices correspondentes às sub-escalas Bonding Positivo, Bonding Negativo e Bonding Total, e para o Bonding Not Clear serão utilizados separadamente os dois itens que fazem parte do mesmo.

2.3. Escala de Avaliação das Alterações Psico-Emocionais do Puerpério (EAAP)

A escala de avaliação das alterações psico-emocionais do puerpério, de Sousa e Leal (2011), é um questionário também de auto-preenchimento, composto por 16 itens, numa escala tipo Likert de um (*nunca*) a seis pontos (*sempre*). O objectivo desta escala é a avaliação das transformações psico-emocionais do puerpério percebidas pelas mães (Anexo C)³.

Esta escala era inicialmente composta por 54 itens, sendo posteriormente reduzida, ficando somente com 16 itens, que através de uma Análise de Componentes Principais (ACP) se agruparam em três dimensões: ansiedade, sentimentos depressivos e preocupação.

No entanto e dada a dimensão da nossa amostra ser reduzida⁴, não realizámos uma ACP, optámos por calcular as médias dos nossos itens e agrupá-los seguindo as indicações da autora, sendo que a consistência interna de cada sub-escala/dimensão foi muito semelhante ao do questionário original: dimensão ansiedade e sentimentos depressivos possuem ambas um alfa de 0,84, e os itens da dimensão preocupação revelam um alfa de 0,87.

Relativamente aos itens, a dimensão da ansiedade é composta por oito itens (e.g. insegura nos cuidados ao bebé; não domino os cuidados ao bebé). A dimensão dos sentimentos depressivos e da preocupação são ambas constituídas por quatro itens

³ Este instrumento encontra-se em anexo com o consentimento do autor.

⁴ Um dos pressupostos para a realização de uma ACP.

(sentimentos depressivos: e.g. triste e deprimida; melancólica e desanimada; preocupação: e.g. dificuldade em me acalmar; aterrorizada).

Posto isto foram criadas as novas variáveis, correspondendo a cada dimensão atrás mencionada.

Finalmente e no que respeita à pontuação total, se esta se situar entre um e três, estamos perante uma ausência de alterações psico-emocionais significativas, se estiver entre três e cinco, existe uma presença de níveis de alterações psico-emocionais moderados, por último se a pontuação total se situar entre cinco e seis, temos presentes níveis de alterações psico-emocionais do puerpério severos.

2.4. Maternal Self-Report Inventory (MSRI)

A escala de auto-estima materna de Pimentel (1997) foi adaptada da Maternal Self Report Inventory de Shea e Tronick (1988), e tem por objectivo a avaliação de factores que influenciam a auto-estima materna. É um questionário de auto-preenchimento, constituído por 32 itens, numa escala de tipo Likert de um (*completamente falso*) a cinco pontos (*completamente verdadeiro*), sendo que quanto mais elevada a pontuação total, maior o nível de auto-estima materno.

Os itens deste instrumento, após a inversão de alguns deles e respectiva análise de consistência interna, foram divididos em cinco dimensões pelo autor do questionário original (Pimentel, 1997), sendo que procedemos da mesma forma neste estudo, pois devido à dimensão da amostra, conforme referido anteriormente, e de alguns índices revelarem alfas muito baixos, não podemos realizar uma ACP.

Deste modo, a primeira dimensão, capacidade de tratar do bebé, engloba nove itens (e.g. “vai ser bom tratar do bebé”; “não vou ser capaz de cuidar do bebé”; $\alpha = 0,76$). Nesta dimensão, os autores pretendiam avaliar a capacidade e adequação da mãe, através da observação da sua aptidão ou dificuldade em lidar com o bebé, desde a compreensão das suas necessidades à resposta materna adequada.

A segunda dimensão, capacidade e preparação geral para a função materna é composta por sete itens (e.g. “não vou ser capaz de ensinar coisas novas ao bebé”; “vontade de levar o bebé para casa”; $\alpha = 0,63$). O objectivo desta dimensão é avaliar sensibilidades de prazer/desprazer provocados pelos cuidados com o bebé.

A terceira dimensão, aceitação do bebé, é composta por seis itens (e.g. “o bebé é muito frágil e estou preocupada se saberei tratar dele”; “fiquei contente quando vi o bebé pela primeira vez”; $\alpha = 0,75$).

A quarta dimensão, relação esperada com o bebé, é composta por quatro itens (e.g. “ótima relação com o bebé; ótimo pensar que vou pegar e dar mimos ao bebé”; $\alpha = 0,44$).

A terceira, bem como a quarta dimensões, e uma vez que durante a gravidez poderão surgir expectativas e fantasias sobre o bebé, têm como objectivo a avaliação da adaptação das mães ao seu bebé real, pois de acordo com Greenberg e Hurley (1971, cit in. Shea & Tronick, 1988), as mães cujas idealizações não se realizaram tinham uma baixa auto-estima. Contudo a existência de uma boa relação mãe-bebé, traduz-se num aumento da confiança das capacidades maternas e conseqüentemente numa maior auto-estima.

A quinta e última dimensão, sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto, é composta por seis itens (e.g. “extremamente satisfeita com a gravidez”; “sentimentos contraditórios por ir ter um bebé”; $\alpha = 0,47$). Nesta dimensão os autores relacionam os sentimentos da mãe, nomeadamente a aceitação durante a gravidez e parto, com a aceitação com o bebé, bem como no estabelecimento de uma boa relação entre ambos.

3. Procedimento

Numa primeira fase, foi efectuado um pedido formal ao conselho de administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), sendo que o mesmo teve início apenas depois da obtenção da devida autorização.

A recolha dos dados foi efectuada, no período de pós-parto, na Unidade de Neonatologia, entre 16 de Janeiro a 31 de Maio de 2012.

As mães foram convidadas a colaborar no estudo, tendo-lhes sido dada informação sobre os objectivos do mesmo; participaram apenas aquelas que deram o seu consentimento voluntário. Em qualquer caso foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos (Anexo D).

Para a recolha dos dados foi fornecido, a cada participante, um envelope com os referidos instrumentos. Estes, depois de devidamente preenchidos, foram colocados novamente no envelope e entregues à pessoa responsável pelo estudo. A aplicação dos instrumentos teve uma duração média de 20 minutos por participante.

Os dados foram depois introduzidos no *software* estatístico *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS), versão 18.

Capítulo III – Resultados

Face aos objectivos do presente estudo, nomeadamente o de verificar o efeito da paridade (mães primíparas e múltiparas) no estabelecimento do bonding, no estado psico-emocional (ansiedade; sentimentos depressivos e preocupação) e na auto-estima maternas, bem como ao papel da idade do bebé nessas mesmas variáveis, foram efectuados um conjunto de testes paramétricos e não paramétricos, que descrevemos em seguida.

Efeito da paridade no estabelecimento do bonding

Para averiguar o impacto da paridade das mães no estabelecimento do bonding, foi realizado um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes⁵ que nos permitiu concluir não existirem diferenças significativas entre ambos os grupos de mães em nenhum tipo de bonding [Bonding Positivo: $U = 273,50$, ns; Bonding Negativo: $U = 225$, ns; Bonding Not Clear- item “neutra, sem sentimentos”: $U = 266$, ns; Bonding Not Clear- item “receosa”: $U = 286$, ns; Bonding Total: $U = 249,50$, ns].

Efeito da paridade no estado psico-emocional materno

Para testar este objectivo foi realizado um teste t para amostras independentes⁶, colocando como variável dependente a ansiedade, e um teste de *Mann-Whitney*⁷ para a dimensão preocupação. Em ambos os casos se verificou não existirem diferenças significativas entre os dois grupos de mães. [$t_{\text{ansiedade}}(48) = -0,45$, $p = \text{ns}$; $U_{\text{preocupação}} = 215,50$, ns].

Todavia, no que respeita aos sentimentos depressivos verificámos existirem diferenças significativas entre os dois grupos de mães [$t(48) = -2,44$, $p = 0,02$], sendo que as mães

⁵ Utilização de um teste não paramétrico por não verificação do pressuposto da normalidade ($p = 0,00$).

⁶ Utilização de um teste paramétrico por verificação do pressuposto da normalidade nas dimensões de ansiedade ($p = 0,50$) e sentimentos depressivos ($p = 0,08$).

⁷ Utilização de um teste não paramétrico por não verificação do pressuposto da normalidade ($p = 0,00$).

múltiparas apresentam mais sentimentos depressivos ($M = 3,23$; $DP = 1,25$) do que as mães primíparas ($M = 2,43$; $DP = 1,05$).

Efeito da paridade na auto-estima materna

No que concerne às dimensões *capacidade de tratar do bebê* e *sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto*, os resultados obtidos através de um teste t, para amostras independentes, indicam a inexistência de diferenças significativas entre os grupos em ambas as variáveis [$t_{capac_tratar_bebé}$ (48) = -1,15, ns; $t_{sentimentos}$ (48) = 1,10, ns]. Similarmente para as dimensões *capacidade e preparação geral para a função materna*, *aceitação do bebê* e *relação esperada com o bebê*, o teste de *Mann-Whitney* indica não existirem diferenças significativas entre os grupos [U_{cap_geral} = 261,50, ns; $U_{aceit_bebé}$ = 269,50, ns; $U_{rel_esp_bebé}$ = 300, ns]⁸.

Efeito da idade do bebê no estabelecimento do bonding

Para apurar se a idade do bebê influencia o estabelecimento do bonding, procedeu-se ao teste de *Kruskall-Wallis*, para a igualdade de k médias⁹, uma vez que esta variável apresenta três níveis: bebês dos zero aos dois dias, bebês dos três aos 15 dias e bebês dos 16 aos 30 dias. Os resultados demonstram a inexistência de diferenças significativas entre os grupos para o Bonding Positivo [χ^2_{kw} (2) = 1,33, ns], para o Bonding Negativo [χ^2_{kw} (2) = 0,16, ns], e para o Bonding Not Clear – item “neutra, sem sentimentos” [χ^2_{kw} (2) = 2,43, ns] e para o Bonding Total [χ^2_{kw} (2) = 3,69, ns]. Existe no entanto um efeito significativo desta variável para o Bonding Not Clear – item “receosa” [χ^2_{kw} (2) = 12,85, $p < 0,01$]. Para compreendermos este resultado foi levada a cabo uma análise de variância (*One-Way*

⁸ Utilização de um teste paramétrico por verificação do pressuposto da normalidade nas dimensões: capacidade de tratar do bebê ($p = 0,09$) e sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto ($p = 0,29$); Utilização do teste não paramétricos por não verificação do pressuposto nas dimensões: capacidade e preparação geral para a função materna ($p = 0,00$); aceitação do bebê ($p = 0,03$) e relação esperada com o bebê ($p = 0,00$).

⁹ Utilização de um teste não paramétrico por não verificação do pressuposto da normalidade (Bonding Positivo: $p = 0,00$; Bonding Negativo: $p = 0,00$; Bonding Not Clear: $p = 0,01$; Bonding Total: $p = 0,00$).

ANOVA) complementada pelos procedimentos de múltipla comparação (*post-hocs*) e mais concretamente pelo teste de *Scheffé*¹⁰. Esta análise permitiu verificar que são as mães dos bebés mais velhos (16-30 dias) que apresentam sentimentos de um Bonding Not Clear ("receosa") inferior ($M = 0,50$, $DP = 0,51$), quando comparadas com os outros dois grupos de mães ($M_{0-2\text{dias}} = 1,21$, $DP = 1,12$; $M_{3-15\text{dias}} = 1,47$, $DP = 0,74$) (Gráfico 3).

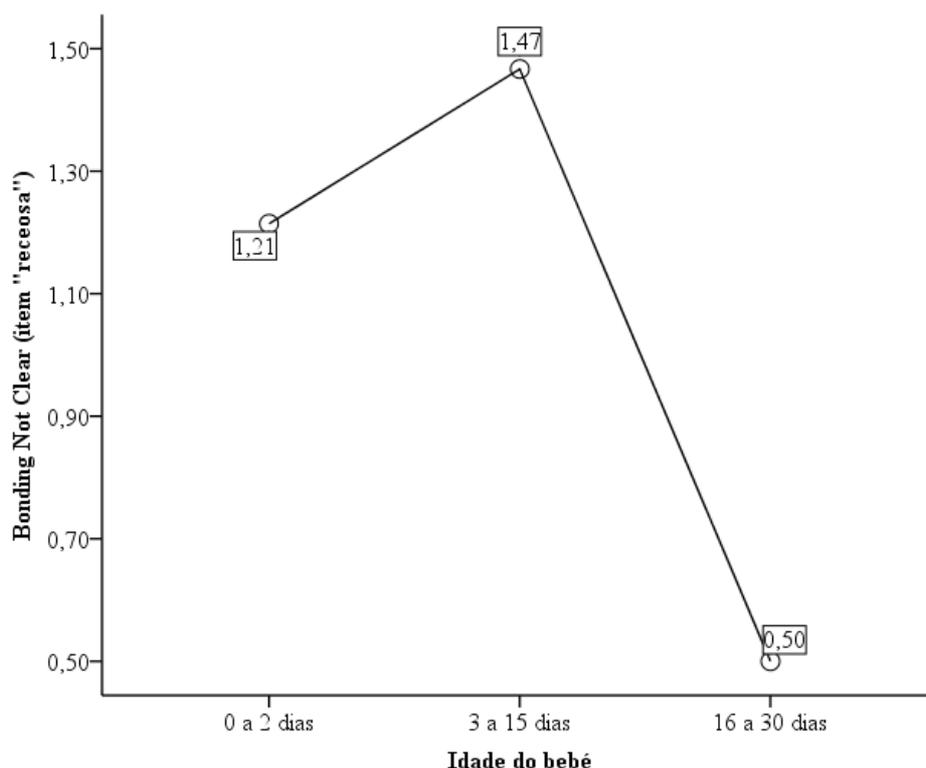


Gráfico 3 –Bonding Not Clear (item “receosa”) em função da idade do bebé.

Efeito da idade do bebé no estado psico-emocional materno

Para testar este objectivo foi realizado uma análise de variância a um factor (*One-Way ANOVA*)¹¹, complementada pelos procedimentos de múltipla comparação (*post-hocs*) e mais

¹⁰ Para a realização deste teste, e uma vez que o pressuposto da normalidade não se verificou, é necessário construir uma nova variável com o valor da ordenação (do ranking) da variável dependente (Laureano, 2011). Seguidamente e uma vez que existe uma igualdade de variâncias [$F(2,45) = 2,50$, $p = 0,09$], foi utilizado uma *One-Way ANOVA*.

¹¹ Utilização de um teste paramétrico por verificação do pressuposto da normalidade nas dimensões de ansiedade ($p = 0,50$) e sentimentos depressivos ($p = 0,54$) e da homogeneidade de variâncias [Teste de Levene] ($F_{ansiedade}(2,47) = 1,18$, $p = 0,32$; $F_{sentimentos}(2,47) = 0,60$, $p = 0,55$).

concretamente pelo teste de Scheffé, revelando a inexistência de diferenças significativas entre os grupos no que respeita à ansiedade [$F(2,47) = 1,09$, ns, $M = 3,03$; $DP = 0,98$] e sentimentos depressivos [$F(2,47) = 1,10$, ns, $M = 2,77$; $DP = 1,20$].

Também para a dimensão preocupação a condução de um teste de *Kruskall-Wallis*¹², permitiu-nos concluir, não existirem diferenças significativas entre os grupos [$\chi^2_{kw}(2) = 1,98$, ns].

Efeito da idade do bebé na auto-estima materna

Relativamente às dimensões *capacidade de tratar do bebé*, *aceitação do bebé* e *sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto* realizou-se um teste *One-Way ANOVA*, utilizando-se os procedimentos de múltipla comparação (*post-hocs*) pelo teste de *Scheffé* e *Dunnett C*. Esta análise permitiu verificar que o efeito da idade não se reflectiu em diferenças significativas para nenhuma destas dimensões [$F_{capac_tratar_bebé}(2,47) = 2,12$, ns; $F_{aceit_bebé}(2,47) = 0,19$, ns; $F_{sentimentos}(2,47) = 0,01$, ns].

Também para as restantes dimensões, *capacidade e preparação geral para a função materna* e *relação esperada com o bebé*, um teste de *Kruskall-Wallis*, revelou a inexistência de diferenças significativas entre os grupos [$\chi^2_{kw_{cap_prep_geral}}(2) = 1,43$, ns; $\chi^2_{kw_{rel_esp_bebé}}(2) = 4,43$, ns]¹³.

¹² Utilização de um teste não paramétrico por não verificação do pressuposto da normalidade ($p = 0,03$).

¹³ Utilização de um teste paramétrico por verificação do pressuposto da normalidade nas dimensões: capacidade de tratar do bebé ($p = 0,13$); aceitação do bebé ($p = 0,24$) e sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto ($p = 0,60$).

No entanto a primeira dimensão, capacidade de tratar do bebé, não apresenta uma homogeneidade de variâncias ($F_{cap_tratar_bebé}(2,47) = 4,30$, $p = 0,02$), pelo que teremos de recorrer ao teste de comparação de *Dunnett C*. As restantes dimensões apresentam uma homogeneidade de variâncias ($F_{aceit_bebé}(2,47) = 0,69$, $p = 0,51$; $F_{sent_grav_parto}(2,47) = 2,64$, $p = 0,08$), daí recorrermos ao teste de *Scheffé*.

Utilização de um teste não paramétrico por não verificação do pressuposto da normalidade nas dimensões: capacidade e preparação geral para a função materna e relação esperada com o bebé ($p = 0,01$).

Associação entre estados psico-emocional, auto-estima materna e bonding

Para averiguarmos qual a relação entre estas várias variáveis, foram calculadas correlações de *Pearson*¹⁴. Esta análise permitiu verificar correlações positivas moderadas e significativas entre o Bonding Not Clear – “receosa” e ansiedade ($r = 0,44$), entre o Bonding Not Clear – “receosa” e sentimentos depressivos ($r = 0,58$), e entre este tipo de bonding e a preocupação ($r = 0,60$). Ainda, o bonding ligado ao sentimento de “estar receosa” apresenta uma correlação negativa moderada e significativa com a dimensão da auto-estima materna “aceitação do bebé” ($r = -0,54$). Por seu lado, verificou-se uma associação positiva significativa, ainda que fraca, entre o Bonding Positivo e a capacidade para a função materna ($r = 0,39$), a aceitação do bebé ($r = 0,32$), e os sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto ($r = 0,34$). Finalmente, o Bonding Negativo encontra-se positiva e significativamente associado à ansiedade ($r = 0,48$), sentimentos depressivos ($r = 0,44$) e preocupação maternas ($r = 0,37$), e negativa e significativamente associado às dimensões da auto-estima: aceitação do bebé ($r = -0,36$), e sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto ($r = -0,33$) ainda que estas associações sejam fracas (Anexo E).

Bonding e estado psico-emocional em mães pré-termo e de termo

Para dar resposta ao último objectivo do presente estudo, foi feita uma comparação das médias obtidas neste com estudos anteriores, realizados no contexto português, com mães de bebés nascidos a termo.

Mais particularmente, e no que diz respeito ao bonding, foi feita uma comparação com o estudo de Figueiredo et al. (2005b) e mais concretamente com as mães de bebés de termo que foram avaliadas no primeiro mês após o parto. Os resultados desta análise permitem constatar que as mães da nossa amostra, ou seja, mães de bebés prematuros, apresentam médias mais elevadas sobretudo para o Bonding Negativo e para o Bonding Not Clear, sendo que nas mães de bebés de termo o bonding mais expressivo é o Bonding Positivo (Quadro 1).

Por sua vez e no que respeita ao estado psico-emocional das mães, foi feita uma comparação das médias das mães do presente estudo com as médias de Sousa e Leal (2010), de um estudo com mães de termo. Esta análise comparativa permite constatar que são as mães de bebés prematuros que expressam maior ansiedade, sentimentos depressivos e preocupação,

¹⁴ Segundo os critérios de correlação de Laureano, 2011.

quando comparadas com as mães de termo¹⁵ (Quadro 2). Considerando os critérios dos autores é apenas na ansiedade que as mães de bebês prematuros se evidenciam, apresentando um nível de ansiedade considerada moderada (ansiedade ≥ 3).

Quadro 1: Bonding em mães de recém-nascido pré-termo e mães de recém-nascidos de termo (médias e desvios-padrão)

	Mães pré-termo	Mães a termo
	M	M
	(DP)	(DP)
Bonding Positivo	2,74	2,64
	(0,37)	(0,51)
Bonding Negativo	2,84	0,08
	(0,24)	(0,20)
Bonding Not Clear (Item “Neutro, sem sentimentos”)	0,02	
	(0,14)	
Bonding Not Clear (“Item Receosa”)	1	
	(0,89)	
Bonding Not Clear		0,88
		(0,72)
Bonding Total	2,76	1,90
	(0,23)	(0,91)

¹⁵ Segundo os parâmetros de pontuação do instrumento referidos no capítulo II, ponto 2.3 desta dissertação.

Quadro 2: Estado Psico-emocional de mães de recém-nascidos pré-termo e mães de recém-nascidos de termo (médias e desvios-padrão)

	Mães pré-termo	Mães a termo
	M	M
	(DP)	(DP)
Ansiedade	3,03	1,95
	(0,98)	(0,82)
Sentimentos Depressivos	2,77	1,47
	(1,20)	(0,77)
Preocupação	2,25	1,40
	(1,21)	(0,64)
Total	2,68	1,69
	(1,04)	(0,67)

Discussão

O objectivo do presente estudo foi verificar em que medida a paridade e a idade do bebé, influenciam o estabelecimento da relação mãe-bebé (bonding), bem como o estado psico-emocional e a auto-estima maternas. Este trabalho visa complementar os estudos existentes na área, quer quantitativos (e.g. Boyd, Zayas, & McKee, 2006; Fegran, Helseth, & Fagermoen, 2008), quer de natureza qualitativa que se têm debruçado sobre a análise das vivências maternas na prematuridade (e.g. Ferreira, 2005; Pedro, 2007; Quintas, 2002).

Em termos gerais, os resultados encontrados evidenciam sobretudo um efeito da paridade nos sentimentos depressivos das mães, sendo estes mais acentuados nas mães múltiparas. Este resultado difere de alguns estudos que mostram que são as mães primíparas as que apresentam mais sentimentos depressivos, o que é atribuído ao facto destas terem inexperiência com a maternidade (e.g. Henshaw, 2003, cit. in Sousa & Leal, 2010). Todavia, as mães múltiparas do nosso estudo poderão ser consideradas primíparas no que respeita a ter um bebé pré-termo, pois esta foi a sua primeira experiência pré-termo e, tal como as primíparas, não sabem como proceder em relação a um bebé mais frágil e que depende da Unidade de Neonatologia para sobreviver.

Deste modo, este resultado poderá dever-se sobretudo ao facto de a mãe verificar que o parto não decorreu conforme previsto ou que o bebé é menos saudável do que o esperado (Barros, 2001). Outro aspecto que poderá influenciar este resultado poderá remeter para o facto destas mães se poderem questionar sobre o porquê deste bebé ter nascido prematuro, já que os outros filhos nasceram a termo.

Ainda, verificou-se que é apenas a idade do bebé que influencia as emoções que a mãe tem em relação ao bebé (bonding), sendo que são as mães de bebés mais velhos (16-30 dias) as que apresentam menos emoções consideradas como não directamente relacionadas com a relação mãe-bebé e, neste caso, particular, com o sentimento “estar receosa”, ou seja, conforme o bebé vai crescendo, mais concretamente, após 16 dias do nascimento, as mães tornam-se menos receosas no que concerne, por exemplo à sobrevivência do bebé. Estes resultados diferem dos resultados obtidos por Figueiredo et al. (2005b): comparando uma amostra de pais e mães de termo e pré-termo relativamente ao envolvimento emocional destes com o bebé, os autores verificaram que é nos momentos que se seguem ao parto (24 a 48 horas), que os pais exibem mais este tipo de bonding (Bonding Not Clear), diminuindo após este período e transformando-se gradualmente ou num Bonding Positivo ou Negativo. Os nossos resultados poderão estar relacionados com o tempo que o bebé passa na Unidade de

Neonatalogia; mais concretamente trata-se de bebés que se encontram separados das mães, em incubadoras e numa zona de internamento/cuidados intensivos/intermédios, o que poderá despoletar nas mães emoções mais ligadas à própria situação de fragilidade do bebé, uma vez que poderão estar mais preocupadas com a sobrevivência e bom desenvolvimento do mesmo. De forma interessante este Bonding Not Clear está mais relacionado com este sentimento de receio, e não com a emergência de emoções ditas neutras ou sem sentimentos, na verdade, para as mães foi difícil esta questão, uma vez não saberem ao certo como haveria de responder, pois na situação em que se encontravam poderiam deparar-se com uma mistura de sentimentos (positivos ou negativos), mas jamais uma ausência dos mesmos.

Procedemos ainda a uma análise de associação entre o bonding, o estado psico-emocional e auto-estima materna, verificando através desta análise que o Bonding Not Clear, mais concretamente o item “receosa” encontra-se significativamente relacionado com o estado psico-emocional e auto-estima. O que vai ao encontro com alguns estudos (Figueiredo, 2003; Padovani et al. 2004; Schwengber & Piccinini, 2003), já que o estado psico-emocional da mãe influencia as suas emoções e vice-versa, ou seja, o facto de estar recosa com o bebé poderá afectar os níveis de ansiedade, sentimentos depressivos e preocupação da mesma em relação ao bebé. Por seu lado, e no que respeita ao Bonding Positivo, verificou-se igualmente, que este se encontra relacionado com algumas dimensões da auto-estima materna. Sendo que este resultado poderá ser interpretado como quanto mais auto-estima materna, maior o envolvimento emocional entre a mãe e o bebé ou vice-versa, quanto mais o envolvimento emocional, mais esta acredita nas suas capacidades em relação ao bebé. Finalmente, o Bonding Negativo encontra-se também associado ao estado psico-emocional à auto-estima materna. Sendo que estas mães poderão não conseguirem envolver-se positivamente com o bebé devido ao sofrimento com que se deparam, quer seja na realidade do bebé (percebido como mais frágil e menos interactivo), quer pelo próprio internamento do mesmo, gerando separação entre ambos. Toda esta situação poderá causar nas mães sentimentos negativos (ansiedade, sentimentos depressivos e preocupação) o que conseqüentemente poderá diminuir a sua auto-estima (e.g. Figueiredo et al. 2009, Mendes, 2006; Pimentel, 1997).

Por último, a análise comparativa entre mães de bebés de termo e pré-termo permitiu constatar que são estas últimas que apresentam emoções mais negativas e ansiedade moderada. Esta diferença vem apoiar a pesquisa existente neste campo ao mostrar que a prematuridade gera nas mães, maior vulnerabilidade emocional e psicológica (Camarneiro, Alves, Ferreira, & Gomes, 2009), devido à realidade neonatal do recém-nascido, a todos os

cuidados especializados que necessita para a sua sobrevivência. Para estas mães, o nascimento e internamento do seu filho, é visto com grande sofrimento, uma vez que estas, também prematuras, sentem-se muitas vezes perdidas e o medo de perder o filho torna-se uma constante no seu dia-a-dia, levando ao receio em intensificar o vínculo, ou seja, não sabendo ao certo que tipo de envolvimento devem ter com o bebé, estando antes de mais preocupadas com a sua sobrevivência e alta hospitalar.

Em termos gerais e no que concerne às implicações teóricas do presente trabalho, julgamos que a presente pesquisa vem clarificar o papel da paridade e da idade do bebé em variáveis maternas importantes. Por outro lado, trata-se de um estudo, tal como o de Wittkowski et al (2007), que se centra sobretudo no bonding, isto é, na relação mãe-bebé e não na vinculação bebé-mãe.

Relativamente a implicações práticas, pensamos que este estudo apresenta um conjunto de resultados que permite pensar o modo como se pode intervir com mães de bebés prematuros; na verdade, poderá importar trabalhar com os técnicos de saúde em que medida a paridade poderá influenciar as mães neste período pautado por uma grande fragilidade emocional; se por um lado se poderia pensar que as mães múltiparas poderiam ser mais resilientes nesta situação, os nossos resultados parecem indicar que estas apresentam um estado depressivo mais significativo em todo o seu percurso pela maternidade, ou seja, desde o parto até à alta hospitalar. A investigação de variáveis como o bonding, o estado psico-emocional e auto-estima maternas possibilitam a identificação de puérperas com maior dificuldade na adaptação perante o nascimento pré-termo, facilitando, deste modo, o planeamento e execução de uma intervenção adequada a cada caso.

Apesar da relevância dos resultados encontrados, poderemos no entanto apontar algumas limitações ao presente estudo. Este estudo, inicialmente comportaria duas fases de aplicação, uma primeira fase nas 24 horas consequentes ao parto e uma segunda fase, após 15 dias a um mês após o parto. Contudo, este objectivo inicial tornou-se inviável, devido à realidade da unidade de neonatologia onde se realizou esta investigação, uma vez que constatou-se uma grande dificuldade no que respeita ao segundo contacto com as participantes, sendo que, optámos pela recolha dos dados apenas numa fase, para deste modo, evitar a mortalidade de elementos da amostra.

Outra limitação importante prende-se com o número de participantes englobados na presente pesquisa e que comprometem, em parte, as conclusões que se podem retirar.

Em estudos futuros e tendo em conta quer o estudo aqui apresentado, quer a literatura existente, deverão ser tidas em conta outras variáveis que podem interferir nas variáveis aqui

estudadas, nomeadamente o tempo de gestação, o peso do bebé ao nascer, assim como verificar a influência do apoio psicológico que estas mães recebem nas unidades de neonatologia, de forma a tentarmos analisar quais as implicações da situação da prematuridade, já que esta é uma vivência diferente da experienciada numa situação de termo, e cujas variáveis acima descritas poderão influenciar os resultados.

Neste estudo focámos-nos sobretudo em mães de bebés internados na Unidade de Cuidados Intermédios, contudo seria interessante comparar, igualmente, mães cujos bebés estivessem nas Unidades de Cuidados Intensivos com mães cujos bebés estivessem na Unidade de Cuidados Intermédios, uma vez que envolve inúmeras variáveis, como é o caso do tempo de gestação, peso do bebé ao nascer, e todas as demais complicações com que o bebé possa nascer, o que muito provavelmente influenciará as variáveis aqui em estudo – o estado psico-emocional, e auto-estima maternas, bem como o estabelecimento da relação mãe-bebé.

Outra variável a ter em conta em estudos futuros diz respeito aos participantes, sendo que deverão ser incluídos pais e mães, já que cada vez mais se aborda as tríades (pai-mãe-bebé) (Ferreira, 2005; Pedro, 2007).

Na literatura, tem ainda sido evidenciado o papel das habilitações e do estado civil das mães (e.g. Figueiredo et al., 2009; Quintas, 2002) como influenciador dos sentimentos maternos, logo poderá ser, também, uma variável a ter em conta. Neste estudo, e uma vez que estamos presente a uma amostra com pequenas dimensões, estes dados não foram passíveis de verificação.

Outra variável interessante para investigações futuras é o suporte social informal, pois, num estudo de Viegas, Silva, Cecchini, Felipe, Otta e Bussab (2008), foi demonstrado que as mães múltiparas tiveram maiores níveis de depressão pós-parto (64,8%) em relação às mães primíparas (35,2%), justificando este resultado pela falta de suporte social, sendo que quanto maior o número de filhos, mais dificuldades estas famílias irão passar, logo, maiores sentimentos depressivos maternos. Outro estudo (Rapoport & Piccinini, 2006), revela que a presença deste tipo de apoio tende a aumentar a responsividade materna, onde todos beneficiam (o bebé, a relação mãe-bebé e a própria relação conjugal), especialmente em situações stressantes.

Finalmente e ainda relacionado com o suporte social, mas formal, seria importante em estudos futuros estudar-se sistemas de apoio a pais de bebés prematuros recentes, como por exemplo, o sistema *BabyCare*, já que é um sistema que permite aos pais dos bebés que se encontram nas unidades de neonatologia, de maternidades equipadas com este sistema, um

contacto constante com os seus filhos, através de uma câmara de vídeo instalada na incubadora. Este sistema poderá atenuar o sofrimento de separação sentido pelos pais destes recém-nascidos, no entanto desconhece-se o seu efeito por exemplo na ansiedade que o mesmo poderá, simultaneamente gerar nos pais. Este tipo de intervenção tem vindo a ser considerada cada vez mais eficaz, pois fomenta um apoio para os pais e uma relação de responsabilidade na família da criança (Brum & Schermann, 2005).

Nesta linha, têm-se verificado que programas de intervenção com pais de bebés nascidos prematuramente (e.g. *Método Canguru; Infant Follow-up Program*) demonstram resultados positivos, quer seja no apoio aos pais ou no bom desenvolvimento do bebé (Als, 1992; Brum & Schermann, 2004, 2005).

Já em 1951, Bowlby, prevenia-nos sobre a indispensável função da família para um adequado desenvolvimento infantil (Brum & Schermann, 2005). As intervenções com prematuros surgem, assim, da necessidade de existência de uma rede de apoio para estes pais e conseqüentemente para proporcionar um melhor desenvolvimento do bebé.

Em suma, e considerando Winnicott (2008, cit. in Esteves, 2009), torna-se fundamental avaliar e construir ferramentas para que as mães de bebés prematuros descubram como acreditar em si mesmas perante uma situação duplamente adversa: em muitos casos, na primeira experiência de parentalidade, que é por si geradora de stress (Canavarro, 2001), e por outro, na vivência desta parentalidade no contexto da prematuridade; é através deste processo da experiência que evoluem e conseguem construir os melhores ambientes para que estes recém-nascidos possam desenvolver-se da melhor forma, fazendo da prematuridade um bom começo, ainda que diferente.

Referências

- Als, H. (1992). Individualized, family-focused developmental care for very low-birthweight preterm infant in the NICU. In S.L. Friedman, M. Sigman (Eds), *The psychological development of low birthweight children* (pp. 341-387). Norwood, N.J.: Ablex.
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition*. USA: Washigton DC.
- Association of Reproductive Health Professionals (2006). *Postpartum counseling*. (Online). Disponível em: <http://www.arhp.org/uploadDocs/QRGpostpartum.pdf>
- Bakeman, R. & Brown, J. V. (1977). Behavioral dialogues: An approach to the assessment of mother-infant interaction. *Child Development*, (Online), 48 (1), 195-203. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2307/1128898>
- Baptista, M., Baptista, A. & Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão, ansiedade em gestantes. *Revista de psicologia da vetor editora*, (Online), 7 (1), 39-48. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>
- Barnet, B., Joffe, A., Duggan, A. K., Wilson, M. D., & Repke, J. T. (1996). Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, (Online), 150 (1), 64-69. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.1996.02170260068011>
- Barros, L. (2001). O bebê nascido em situação de risco. In M. C. Canavarro (Eds.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto Editora
- Barros, I. D. S. (2008). *Necessidades e stress dos pais de bebês prematuros hospitalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/977/1/DM%20BARR-I1.pdf>
- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, (Online), 2, 310-321. Disponível em: <http://www.revistacontemporanea.org.br/site/wp-content/artigos/artigo89.pdf>
- Botelho, T. M. & Leal, I. P. (2001). Sobre a prematuridade. In T. M. Botelho & I. P. Leal, *Personalidade materna e prematuridade* (pp.60-84). Lisboa: SNRIPD
- Botelho, T. M. (2006). Mães prematuras-bebês pré-termo. In T. M. Botelho, *A personalidade da mãe prematura* (pp. 91-129). Lisboa: SNRIPD
- Boyd, R. C., Zayas, L. H., & McKee, M. D. (2006). Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, (Online), 10 (2), 139-148. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-005-0042-2>
- Bozzette, M. (2007). A review of research on premature infant-mother interaction. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, (Online), 7 (1), 49-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2006.12.002>
- Brum, E. H. M. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Colectiva*, (Online), 9 (2), 457-467. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20399.pdf>
- Brum, E. H. M. & Schermann, L. (2005). Intervenções frente ao nascimento prematuro: uma

- revisão teórica. *Scientia Medica*, (Online), 15 (1), 60-67. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1545/1148>
- Camarneiro, A. P. F., Alves, C. A. N., Ferreira, A. P. C., & Gomes, A. I. F. (2009). Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa. Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*, (Online), 40 (2), 53-57. Disponível em:
http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/15/20090804165618_ActaPediat_Vol40_N2.pdf
- Campos, R., C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, (Online), 1 (8), 15-35. Disponível em:
<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v18n1/v18n1a02.pdf>
- Canavarro, M., C. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Eds.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto
- Chapieski, M. L. & Evankovich, K. D. (1997). Behavioral effects of prematurity. *Seminars in Perinatology*, (Online), 21 (3), 221-239. Disponível em:
<http://www.seminperinat.com/article/S0146-0005%2897%2980065-1/abstract>
- Chatwin, S. L. & Macarthur, B. A. (1993). Maternal perceptions of the preterm infant. *Early Child Development and Care*, (Online), 87 (1), 69-82. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1080/0300443930870107>
- Cohen, L. J. & Slade, A. (2000). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. In C. H. Zeanah, Jr. (Eds.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed.) (pp. 20-36). New York, NY, US: Guilford Press.
- Condon, J. T. & Watson, T. L. (1987). The maternity blues: Exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (Online), 76 (2), 164-171. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb02880.x>
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, (Online), 163, 27-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.163.1.27>
- Crouch, M. (2002). Bonding, postpartum dysphoria, and social ties. A speculative inquiry. *Human Nature*, (Online), 13 (3), 363-382. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1007/s12110-002-1020-7>
- Cummings, E., M. & Davies, P., T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (Online), 35 (1), 73–122. Disponível em:
<http://www.psych.rochester.edu/graduate/developmental/faculty/documents/MaternalDepression1994.pdf>
- Cunha, E. F. C., Carvalho, M. M. S. B., Santos, C. A., Ferreira, E. L., Barros, M. M. S., Mendonça, A. C. M. (2009). Aspectos sócioemocionais de mães de bebês prematuros. *Psicologia & foco*, (Online), 3 (2), 35 – 44. Disponível em:
http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_014103_Formatado4-ASPECTOSSOCIOEMOCIONAIS.pdf

- Esteves, C. M., (2009). *A preocupação primária materna em mães de bebês nascidos pré-termo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/23021>
- Faisal-Cury, A. & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, (Online), 28 (3), 171-178. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000300006>
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M. S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, (Online), 17, 810–816. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x>
- Feldman, R., Weller, A., 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*, (Online), 40 (6), 929-939. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/S0021963099004308>
- 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. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação-Universidade do Porto.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, (Online), 27, 200-203. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1006/pmed.1998.0293>
- Figueiredo, B. (2001a). *Mães e Bebês*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Ministério da Ciência e da Tecnologia.
- Figueiredo, B. (2001b). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Eds.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna : Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, (Online), 3, 521-539. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/3696>
- Figueiredo, B. (2005). Bonding pais-bebé. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 287-314). Lisboa: Fim de Século.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco A., & Pais, A. (2005a). Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, (Online), 40, 133-154. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/4717>
- Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A. (2005b). Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, (Online), 36 (2/3), 121-131. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/4715>
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco A., & Pais, A. (2007). Mother-to-infant and father-to-infant initial emotional involvement. *Early Child Development and Care*, (Online), 177 (5), 521–532. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/03004430600577562>
- 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>

- Fleming, A. S., Rubble, D., Krieger, H., & Wong, P. Y. (1997) Hormonal and experiential correlates of maternal responsiveness during pregnancy and the puerperium in human mothers. *Hormones and Behavior*, (Online), 31, 145–158. Disponível em: <http://www.flyfishingdevon.co.uk/salmon/year2/hormones/hormonal%20and%20experiential%20correlates%20of%20maternal%20responsiveness.pdf>
- 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 (1), 107-114. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-1145>
- 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 (1), 21–26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006>
- Freitas, E. H. S. (2011). “*A Importância das Memórias dos Cuidados Recebidos na Infância e a Qualidade do Investimento Parental em Mães de Bebés Pré-Termo*”. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia-Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/5075>
- 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* (2nd ed.) (pp. 833-850). New York, NY: Guilford Press
- Glangeaud-Freudenthal, N. M. C., Crost, M., & Kaminski, M. (1999). Severe post-delivery blues: associated factors. *Archives of Women's Mental Health* (Online) 2 (1), 37-44. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/4ee5tx7plfy58qe8/>
- Guedeney, N. (2002). Conceitos-chave da teoria da vinculação. In N. Guedeney & A. Guedeney, *Vinculação: Conceitos e aplicações* (pp. 33-43) Lisboa: Climepsi Editores.
- Guedeney, A. (2002). Vinculação e psicanálise. In N. Guedeney & A. Guedeney, *Vinculação: Conceitos e aplicações* (pp. 55-61) Lisboa: Climepsi Editores.
- Halfot, W. & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, (Online), 10, 157-172. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=12045951&site=ehost-live&scope=site>
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Indicadores sociais 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. (Online). Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=124284362&DESTAQUESmodo=2
- Isabella, R. A. (1994). Origins of maternal role satisfaction and its influences upon maternal interactive behavior and infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, (Online), 17, 381-387. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/0163-6383\(94\)90030-2](http://dx.doi.org/10.1016/0163-6383(94)90030-2)
- Laureano, R., M., S., & Botelho, M., C. (2010). *SPSS - o meu manual de consulta rápida*. Edições Sílabo.
- Laureano, R., M., S. (2011). *Testes de hipóteses com o SPSS – o meu manual de consulta rápida*. Edições Sílabo

- Marson, A. P. (2008). Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa... *Rev. SBPH*, (Online), 11 (1), 161-169. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v11n1/v11n1a12.pdf>
- McGrath, M., Zachariah Boukydis, C. F., & Lester, B. M. (1993). Determinants of maternal self-esteem in the neonatal period. *Infant Mental Health Journal*, (Online), 14 (1), 35–48. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355\(199321\)14:1<35::AID-IMHJ2280140104>3.0.CO;2-R](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(199321)14:1<35::AID-IMHJ2280140104>3.0.CO;2-R)
- Mendes, M. N. (2006). *Desenvolvimento de bebês prematuros: análise de experiências maternas*. Dissertação de Mestrado em Saúde Materno-Infantil. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. Disponível em:
http://www.tedebr.ufma.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=140
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother–child bonding. *Archives of Women's Mental Health* (Online) 9 (5), 273–278. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/2n5851147075tl15/>
- O'hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, (Online), 8 (1), 37-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3109/09540269609037816>
- 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 (4), 251-254. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/a09v26n4.pdf>
- Pedro, S. I. F. (2007). *Envolvimento parental numa UCIN. Necessidades emergentes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/771>
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Forcada-Guex, M., Jaunin, L., Müller-Nix, C., & Ansermet, F. (2004). Validation française d'un questionnaire de stress post-traumatique destiné aux parents d'enfants présentant un risque périnatal élevé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, (Online), 162, 711–21. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2003.10.017>
- Pimentel, J. Z. S. (1997). *Um bebê diferente: da individualidade da interacção à especificidade da intervenção*. Lisboa: SNRIPD.
- Pires, A., M., S. (2005). *As significações relativas ao corpo e a relação mãe-bebê ao longo do processo gravídico*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação-Universidade do Porto. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10216/22799>
- Quintas, J. M. L. (2002). «Olhar a maternidade» *Depressão pós-parto, auto-estima materna e interacção mãe-bebê*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10400.12/827>
- Rapoport A, Piccinini C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, (Online), 16 (1), 85-96. Disponível

- em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso
- Reece, S. M. (1995). Stress and maternal adaptation in first-time mothers more than 35 years old. *Applied Nursing Research*, (Online), 8 (2), 61–66. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0897-1897\(95\)80490-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0897-1897(95)80490-0)
- 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>
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, saúde & doenças*, (Online), 8 (1), 109-116. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a08.pdf>
- Schwengber, D. D. D. S. & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, (Online), 8 (3), 403-411. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf>
- Seashore, M. J., Leifer, A. D., Barnett, C. R., & Leiderman, P. H. (1973). The effects of denial of early mother-infant interaction on maternal self-confidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, (Online), 26 (3), 369-378. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/h0034497>
- Shea, E., Tronick, E., & Edward, Z. (1988). The Maternal Self Report Inventory in H. B. Fitzgerald, B. M. Lester & M. W. Yogman (Eds.), *Theory and Research in Behavioural Pediatrics: Vol. 4* (pp. 101-139). New York: Plenum Press.
- Silva, L. M. B. G. (1999). *A prematuridade e o materno*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/938>
- Solomon, J. & George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, (Online), 17, 183-197. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199623\)17:3<183::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Q](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<183::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Q)
- Sousa, E. V. & Leal, I. (2010). Escala de avaliação das alterações psico-emocionais do puerpério. In I. Leal & J. Maroco (Eds.), *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 103-115). Porto: Legis Editora.
- Stern, D. (1995). The motherhood constellation. In D. N. Stern, *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy* (pp. 171-190). New York: H. Karnac Ltd.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005) Mother-to-infant bonding scale: links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, (Online), 81, 45–51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-005-0074-z>
- Teixeira, I. & Leal, I. P. (1995). Expectativas e atitudes de mães primíparas com filhos prematuros. In Do Feminino e do Materno – *Análise Psicológica*, (Online), 1-2 (13), 191-194. Disponível em: http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/1995_12_191.pdf
- Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., Giron, M., de Calume, Z. F., Ruiz-Palaez, J.G., Charpak, Y., & Charpak, N. (1998) Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*,

- (Online), 102, 17–25. Disponível em:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/102/2/e17.full.html>
- 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(3), 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
- Veríssimo, S. M. A. C. (2010). *Relações entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stress em puérperas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia. Lisboa: Universidade Lusófona e Humanidades e Tecnologias. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/1261>
- Westbrook, M. T. (1978) The effect of the order of a birth on women's experience of childbearing. *Journal of Marriage and the Family*, (Online), 40 (1), 165-172. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2307/350617>
- Wijnroks, L. (1999). Maternal recollected anxiety and mother–infant interaction in preterm infants. *Infant Mental Health Journal*, (Online), 20 (4), 393–409. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199924\)20:4<393::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-I](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199924)20:4<393::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-I)
- Wilen, J. M. & Mounts, K. O. (2006). Women with depression – “You can’t tell by looking”TM. *Matern Child Health Journal*, (Online), 10, S183-S186. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-006-0090-2>
- Wittkowski, A., Wieck, A., & Mann, S. (2007). An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Archives of Women’s Mental Health*, (Online), 10, 171–175. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-007-0191-y>
- World Health Organization (2010). *International classification of diseases and related health problems*. 10th revision. (Online). Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201200404_premature_birth/en/
- World Health Organization (2012). *Global Illumination Initiative: Shedding light on premature birth*. (Online). Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/P07>

Anexos

Anexo A

Questionário Sócio-Demográfico

Identificação*: _____ (por exemplo: 96 – 585)

***ATENÇÃO!** Compore o número de identificação através dos dois primeiros **números do SEU telemóvel**, (hífen) e os 3 últimos números, conforme o exemplo.

Obrigada pela sua colaboração!

Idade:

Data de Nascimento do bebé:

Nacionalidade:

Habilitações Literárias:

- Analfabeto
- Ensino Básico
- Ensino Preparatório
- Ensino Secundário
- Ensino Superior

Profissão:

Local de Residência (Concelho ou Área Metropolitana):

Estado Civil:

- Solteiro (a)
- Casado (a) / União de Facto
- Divorciado (a) / Separado (a)
- Viúvo

Quantos filhos tem?

Quantas vezes esteve grávida?

- Nenhuma
- 1
- Mais do que 1

Quantos partos prematuros teve?

- Nenhum
- 1
- Mais do que 1

Qual é, ou qual acha que vai ser, a sua disponibilidade para vir ver o seu bebé à maternidade?

- Nunca
- 1 a 2 vezes por semana
- 3 a 4 vezes por semana
- Todos os dias

Anexo B

Mother to Infant Bonding Scale

MIBS

Versão Portuguesa alargada (Figueiredo & Costa, 2005, 2009)

Identificação: _____ (por exemplo: 96 – 585)

Apresentamos alguns adjectivos que podem descrever o modo **como se sente em relação ao seu filho(a)**. Assinale, com X, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sente em relação ao seu filho(a), neste momento.

Obrigada pela sua colaboração!

	Nada	Um Pouco	Bastante	Muito
Afectuoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desiludido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neutro(a), sem sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desgostoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protector(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nada	Um Pouco	Bastante	Muito
Agressivo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medroso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zangado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo C

Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério

EAAP

(Sousa & Leal, 2010)

Identificação: _____ (por exemplo: 96 – 585)

Uma vez que teve bebé há pouco tempo gostaríamos de saber **como você se sente nestes últimos dias após o parto**. Para cada uma das afirmações assinale, com X, o quadrado que melhor corresponde à sua resposta sabendo que esta pode variar entre “nunca” a “sempre”. No final certifique-se de que respondeu a todas as questões. Por favor não deixe nenhuma por responder.

Obrigada pela sua colaboração!

Itens	Nunca	Raras	Veze	Poucas	Veze	Algumas	Veze	Muitas	Veze	Sempre
1- Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé.	<input type="checkbox"/>									
2- Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebé.	<input type="checkbox"/>									
3- Senti-me triste e deprimida.	<input type="checkbox"/>									
4- Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebé por não estar familiarizada com esta nova situação.	<input type="checkbox"/>									
5- Tive dificuldades em me acalmar.	<input type="checkbox"/>									

Itens	Nunca	Raras	Veze	Poucas	Veze	Algumas	Veze	Muitas	Veze	Sempre
6- Senti-me esgotada.	<input type="checkbox"/>									
7- Senti-me melancólica e desanimada.	<input type="checkbox"/>									
8- Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebé.	<input type="checkbox"/>									
9- Senti-me aterrorizada.	<input type="checkbox"/>									
10- Dei por mim a ficar agitada.	<input type="checkbox"/>									
11- Tive crises de choro.	<input type="checkbox"/>									
12- Senti-me sozinha.	<input type="checkbox"/>									
13- Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso.	<input type="checkbox"/>									
14- Senti dificuldade em relaxar.	<input type="checkbox"/>									
15- Senti cansaço mental.	<input type="checkbox"/>									
16- Senti-me cansada e/ou fraquejar.	<input type="checkbox"/>									

Anexo D
Consentimento Informado

PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Cara mãe,

O nascimento de um bebé é uma experiência que é vivida e sentida de maneira diferente por cada mulher. Presentemente estamos a desenvolver um trabalho de investigação no qual interessa-nos conhecer o que sente e o que pensa nesta etapa da sua vida. É neste sentido que a sua experiência como mãe é muito importante para nós.

Vimos por isso pedir a sua colaboração para participar neste estudo que está a ser realizado por Carla Franco, aluna de mestrado do Departamento de Psicologia do ISCTE-IUL (Instituto Universitário de Lisboa), sob orientação da Professora Doutora Joana Dias Alexandre, docente desta mesma instituição universitária e investigadora no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS/ISCTE-IUL). A sua colaboração envolverá a aplicação de 5 questionários de auto-resposta, para os quais não existem respostas certas ou erradas. A duração média de aplicação será de 20 minutos.

A sua participação é voluntária e os dados recolhidos para efeitos deste estudo serão mantidos de forma confidencial, não sendo nunca revelada a identidade dos participantes. Para efeitos de publicação deste trabalho serão apenas reveladas algumas informações relativas a características sociodemográficas (ex., idade, nacionalidade, profissão, etc.).

Para qualquer esclarecimento adicional, queira, por favor, contactar-nos para o endereço eletrónico, joana.alexandre@iscte-iul.pt ou para casjs@iscte-iul.pt.

Sem outro assunto, subscrevemo-nos, agradecendo desde já a sua amável colaboração.

Com os nossos melhores cumprimentos,

A discente,

Carla Franco
(ISCTE-IUL)

Lisboa, 12 de Dezembro de 2011

Tive conhecimento do estudo aqui descrito, bem como da minha participação ser voluntária e anónima, pelo que aceito participar: _____

(rubrica)

Anexo E

Quadro 3. Correlações entre variáveis bonding, estado psico-emocional e auto-estima materna

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Ansiedade	-	0,71**	0,73*	- 0,43*	-	-0,51**	-	-	-	-0,48**	-	0,44**
2. Sentimentos depressivos	0,71**	-	0,90**	-0,33*	-	-0,57**	-	-0,33*	-	-0,44**	-	0,58**
3. Preocupação	0,73**	0,90**	-	-0,38**	-	-0,60**	-	-0,35*	-	-0,37*	-	0,60**
4. Capacidade para tratar do bebê	-0,43**	-0,33*	-0,38**	-	-	0,62**	0,62**	-	-	-	-	-
5. Capacidade e preparação geral para a função materna	-	-	-	0,69**	-	0,43**	0,50**	-	0,39**	-	-	-
6. Aceitação do bebê	-0,51**	-0,57**	-0,60**	0,62**	0,43**	-	0,39**	0,48**	0,32*	0,36*	-	-0,54**
7. Relação esperada com o bebê	-	-	-	0,62**	0,50**	0,39**	-	-	-	-	-	-
8. Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto	-	-0,33*	-0,35*	-	-	0,48**	-	-	0,34*	0,33*	-	-
9. Bonding Positivo	-	-	-	-	0,39**	0,32*	-	0,34*	-	-	-	-
10. Bonding Negativo	0,48**	0,44**	0,37*	-	-	-0,36*	-	-0,33*	-	-	-	-
11. Bonding Not Clear – “neutra, sem sentimentos”	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Bonding Not Clear – “receosa”	0,44**	0,58**	0,60**	-	-	-0,54**	-	-	-	-	-	-

** p < 0,01; * p < 0,05