



UC/FPCE-2008

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Prematuridade e ansiedade de separação materna

Dora Patrícia Gaspar Gomes (e-mail: patriciagomes31@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde –
Psicopatologia e Psicoterapia Dinâmicas sob a orientação do
Professor Doutor Rui Paixão

Prematuridade e ansiedade de separação materna

Resumo

O presente estudo tem como principal objectivo avaliar as implicações da prematuridade no desenvolvimento da criança aos 3 anos, e no estado emocional materno, particularmente na ansiedade de separação materna, considerando como grupo de comparação crianças do mesmo nível sócio-demográfico nascidas a termo.

A amostra, constituída por 60 díades, foi dividida em dois grupos (grupo de prematuros e grupo de termo) ambos com 30 díades. Os resultados obtidos evidenciam um desenvolvimento pessoal-social e de realização significativamente superior no grupo de prematuros comparativamente com o grupo de termo. Os grupos de prematuros e de termo apresentam diferenças significativas em termos de sintomatologia psicopatológica, sentimentos e atitudes maternos e auto-estima materna. As mães dos prematuros apresentam maior sintomatologia psicopatológica, menor aceitação do bebé e uma maior tendência depressiva comparativamente com as mães das crianças nascidas a termo. Os grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas em termos de ansiedade de separação materna. A ansiedade de separação materna correlaciona-se negativamente com a idade da criança e número de filhos.

Palavras-chave: Prematuridade, desenvolvimento, auto-estima materna, ansiedade de separação.

Prematurity and maternal separation anxiety

Abstract

The aim of this study is to evaluate the implications of prematurity on the 3 years old child development, and on maternal emotional state, specially in maternal separation anxiety, considering as comparison group children of the same socio-demographic level born at term.

The total sample (60 dyads) was divided into two groups (premature and term infants) both with 30 dyads. Results show a personal-social development and achievement significantly higher on premature infants when compared with term infants. The premature and term infants have significant differences in terms of psychopathological symptoms, maternal feelings and attitudes and maternal self-esteem. The mothers of premature infants demonstrate more psychopathological symptoms, less child acceptance and more tendency of depression compared with the mothers of term infants. The infants don't show significant differences in terms of maternal separation anxiety. The maternal separation anxiety is negatively correlated with the child's age and number of children.

Keywords: Prematurity, development, maternal self-esteem, separation anxiety.

Agradecimentos

A todas as crianças, mães e educadoras que aceitaram colaborar na investigação, cujo contributo foi fundamental para a realização do presente trabalho.

Ao Professor Doutor Rui Paixão pela orientação, disponibilidade e partilha de conhecimentos, tão importante para a criação do presente trabalho e crescimento pessoal.

Ao Professor Doutor José Tomás pela preciosa ajuda em Estatística.

Aos responsáveis e funcionários dos locais onde foi realizada a selecção e recolha da amostra pela sua colaboração.

A todos os que partilharam comigo os seus saberes, amizade e compreensão... a todos os que estiveram, incondicionalmente, comigo, e acreditaram em mim...

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento conceptual	1
II. Objectivos	17
III. Metodologia	18
1. Amostra	18
2. Diferenças entre grupos	20
3. Instrumentos	22
3.1 Questionário sócio-demográfico	22
3.2 Escala de Desenvolvimento de <i>Griffiths</i>	22
3.3 BSI – Brief Symptoms Inventory	23
3.4 Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos	23
3.5 Escala de Auto-estima Materna	24
3.6 Escala de ansiedade de separação maternal	24
4. Procedimentos	24
IV. Resultados	25
V. Discussão	32
VI. Conclusões	37
Bibliografia	39
Anexos	49

Introdução

A prematuridade constitui-se como uma importante nova área de investigação, desde logo porque a incidência de prematuros tende a aumentar e a média de idades de gestação destes prematuros tende a diminuir, ou seja, há cada vez mais prematuros com menos semanas de gestação (Botelho & Leal, 2001).

Por ano, no mundo, ocorrem 13 milhões de nascimentos prematuros (Botelho & Leal, 2001), constituindo-se isto, ainda hoje, uma das principais causas de mortalidade e morbidade perinatais (Garbaciak, 1992; Freda, Damus, & Merkatz, 1988). Tal como sublinha Rose (1983), apesar de ter havido, nas últimas décadas, progressos substanciais no que respeita aos cuidados físicos e neurológicos prestados aos prematuros, estas crianças continuam a estar em risco não só de vida mas, também, desenvolvimental. Por tudo isto, a prematuridade apresenta-se como um terreno de natureza transdisciplinar, onde a investigação médica, psicológica, social e educacional se constitui como fundamental (Botelho & Leal, 2001).

O presente estudo tem como objectivo avaliar as implicações da prematuridade no desenvolvimento da criança aos três anos, considerando o desenvolvimento sócio-afectivo e o estado emocional materno. O critério base para a escolha desta faixa etária prende-se com razões desenvolvimentais. É, em geral, aos três anos de idade que as crianças, com a entrada no jardim-de-infância, começam a estabelecer relações sociais com os pares e outros adultos e a ter uma nova compreensão das exigências sociais.

Neste contexto, no trabalho a seguir apresentado procura-se, em primeiro lugar, reflectir sobre os desenvolvimentos teóricos subjacentes à prematuridade, considerando os factores etiológicos, bem como as implicações no desenvolvimento da criança, na interacção mãe-criança e no estado emocional materno, particularmente na ansiedade de separação materna. Num segundo momento, procura-se enquadrar e definir a ansiedade de separação materna e as suas implicações na adaptação psicossocial da criança. Por fim, pretende-se analisar a relação entre a prematuridade e ansiedade da separação materna.

I – Enquadramento conceptual

1. Prematuridade

Definição e enquadramento

O parto prematuro ou pré-termo é conceptualizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aquele que ocorre antes da 37^a semana de gestação, podendo comprometer a vida da gestante e do recém-nascido (O'Brien, Soliday, & McCluskey-Fawcett, 1995).

Rosenblatt (1997, p.565) afirma: " a idade gestacional nem sempre é um critério dotado de grande validade. Por esta razão, os estudos que versam a área da prematuridade socorrem-se também das diferentes categorias de peso à nascença: extremo baixo peso à nascença (peso inferior a 1000 gramas e idade de gestação correspondente a 23 - 27 semanas); muito baixo peso (peso situado entre as 1001 e 1500

gramas e idade de gestação 28 - 31 semanas) e baixo peso (entre as 1501 e 2500 gramas e idade de gestação 32 - 36 semanas)".

De acordo com Goldberg e DiVitto (1995), o desenvolvimento médico e tecnológico tem alargado em muito as fronteiras da sobrevivência das crianças prematuras. O declínio da mortalidade infantil e neonatal é amplamente atribuído aos cuidados disponibilizados nas Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia (UCIN) (Brazelton, 1988).

Numa leitura dos dados nacionais, Palminha (1997) reporta que cerca de 1% de todos os nados-vivos têm um peso inferior a 1500 gramas e metade destas crianças tem um peso inferior a 1000 gramas ("prematurríssimos" ou "*tiny babies*"). O autor assinala que, em Portugal, as taxas de sobrevivência abaixo das 1000 gramas já ultrapassaram os 50% (nalguns serviços aproximam-se dos 70%) e entre as 1000 e as 1500 gramas atingiram os 80%.

As taxas de mortalidade e morbidade estão inversamente relacionadas com a idade, peso à nascença e extensão dos cuidados necessários. No entanto, é importante realçar que a relação entre sobrevivência ou a qualidade de desenvolvimento futuro e o peso ou idade gestacional nunca é absoluta ou directa (Seabra, 1993; Nowicki, 1994). Brazelton (1992) reporta que é cada vez maior o número de recém-nascidos de muito baixo peso que não sofrem, conseqüentemente, uma lesão cerebral. Este prognóstico está não só associado ao tamanho, fase e maturação do bebé antes do parto prematuro, como também, depois do parto, à celeridade com que entra em equilíbrio terapêutico e à harmonia com que esse equilíbrio é mantido nos primeiros tempos. Quer isto dizer que passos consideráveis têm sido dados no sentido da melhoria da sobrevivência média, bem como da qualidade de vida de bebés prematuros muito pequenos, quando todas as técnicas modernas são empregues. Os avanços nos cuidados obstétricos e neonatais e na tecnologia levaram, gradualmente, a uma melhoria considerável na qualidade desta sobrevivência, mesmo em bebés de muito baixo peso (Brum & Schermann, 2004). Desta forma, os autores predizem que este aumento de sobrevivência, especificamente em relação aos bebés com muito baixo peso ao nascer, deverá ter um pequeno, mas perceptível, impacto na prevalência de deficiências desenvolvimentais do tipo neurológico e mental (Brum & Schermann, 2004).

Apesar dos avanços na Medicina materno-fetal, a incidência do parto pré-termo tem-se mantido constante, com valores entre os 5 e 10% consoante os estudos (Botelho & Leal, 2001).

Etiologia da Prematuridade

"Embora o parto prematuro constitua uma causa importante da mortalidade perinatal, a sua etiologia permanece desconhecida numa grande percentagem de casos" (Seabra, 1993, p. 65). Rosenblatt (1997) afirma categoricamente que apenas um terço das mulheres que sofrem um parto prematuro apresentam factores de risco identificáveis. O'Brien e colaboradores (1995), por outro lado, postulam que as causas da prematuridade têm origens tão diversas como as sociais, psicológicas e biológicas e que, na maioria dos casos, derivam de uma combinação destes factores. No entanto, do conjunto desta multiplicidade de causas associadas ao nascimento prematuro, destacam-se as complicações médicas anteriores e durante a gravidez, e as gravidezes múltiplas (Llewellyn-Jones, 1994). No mesmo sentido, Paul (1992) identifica

como antecedentes mais importantes do nascimento prematuro: o deslocamento e ruptura prematuros da placenta, hemorragias, infecção urinária, febre, fetopatias virais (como a toxoplasmose, rubéola e sífilis), hipertensão arterial, anemia e abortos anteriores. O autor refere ainda: doença aguda ou crónica da mãe, partos prematuros anteriores, incompatibilidade cívica, malformações uterinas, trauma uterino e, ainda, a avaliação incorrecta da idade de gestação. A acrescentar a isto incluem-se, ainda, as implicações fisiológicas das técnicas de reprodução assistida e, não raras vezes, a tentativa de interrupção voluntária da gravidez (Kreiser & Soulé, 1995; Rosenblatt, 1997). Nestes casos, o pós-parto é imbuído de uma grande culpabilidade (Kreiser & Soulé, 1985). Em relação ao recém-nascido, vários factores de risco concorrem para a condição de muito baixo peso ao nascer como o sexo, as alterações placentárias e a gemelaridade (Barbieri, Silva, Bettiol, & Gomes, 2000).

A incidência dos nascimentos de risco está, também, associada a factores socioeconómicos e psicológicos, nomeadamente: o acesso a cuidados de saúde, particularmente durante a gravidez, gravidezes adolescentes, gravidezes com intervalos muito curtos entre si, profissões fisicamente mais exigentes, níveis de stress familiar mais elevados, abuso de substâncias tóxicas e má nutrição (Barros, 2001). Araújo, Pereira e Kac (2007) acrescentam a escolaridade e instabilidade emocional materna. Goldberg e DiVitto (1995) advogam, no que concerne à etiologia social/ambiental da prematuridade, que as mães jovens, oriundas de famílias de recursos limitados, com fracos cuidados pré-natais e sujeitas ao stress resultante da pobreza, se encontram numa situação de maior vulnerabilidade ao parto prematuro, comparativamente com as mulheres em situações ambientais mais estáveis.

A presença da ansiedade pode afectar negativamente a gestação, por ser considerada mediadora de mudanças endócrinas e de determinados comportamentos de risco, tais como: fumar, inadequado acesso a cuidados de saúde pré-natal, alimentação e ganho de peso gestacional inadequados (Grimstad, Scheir, Backe, & Jacobsen, 1999; Araújo, Pereira, & Kac, 2007).

Alguns autores demonstraram a existência de uma associação significativa entre o baixo peso/prematuridade e a ocorrência de acontecimentos de vida importantes no último trimestre da gravidez. Apresentam-se, como exemplos destes acontecimentos de vida, a separação conjugal ou a morte de um parente próximo (Newton & Hunt, 1984) e a ausência de suporte social, que funciona como barreira protectora ("*buffer*") contra os efeitos nocivos do stress sobre a grávida (Rutter, Quine, & Chesham, 1993).

A prematuridade está significativamente associada a atitudes maternas negativas relativamente à gravidez, nomeadamente a negação da gravidez e a recusa de cuidados médicos (O'Brien *et al.*, 1995), e a sentimentos de hostilidade (Blau *et al.*, 1963). Neste sentido, De Muyllder (1989) verificou que as grávidas em risco de parto prematuro manifestam uma maior insatisfação com a sua vida pessoal e sexual e com o seu corpo. Estas mostram-se apreensivas com o trabalho de parto, com o nascimento do bebé e com a vida futura com a criança. Tudo isto aponta para um diálogo menos satisfatório entre a mãe e o feto e para a existência de dúvidas relativas à sua capacidade para construir uma relação adequada com o filho depois do nascimento. O autor conclui que o quadro acima descrito sugere um vínculo mãe-

feto/bebé mais fraco.

Prematuridade e desenvolvimento da criança

Nos últimos anos, a neonatologia tem focado a sua atenção não apenas nos aspectos específicos da sobrevivência das crianças prematuras, mas também nas condições susceptíveis de favorecer o seu desenvolvimento cognitivo, social e emocional, dando cada vez mais espaço e atenção aos processos de interacção entre os pais (reacções emocionais, comportamentais, significações e competências) e o filho (características neurológicas, orgânicas e comportamentais) (Barros, 2001).

O nascimento prematuro é uma condição que agrega uma multiplicidade de riscos médicos, genéticos, económicos, sociais e educacionais. A compreensão interdisciplinar da complexidade destes determinantes do risco é fundamental para a análise extensiva e completa do problema, bem como, naturalmente, da diversidade integrada de intervenções necessárias para o minorar (Barros, 2001).

Estudos que compararam crianças nascidas a pré-termo com muito baixo peso, com crianças nascidas a termo e com peso igual ou superior a 2.500g evidenciam que as primeiras são mais propensas a apresentar: perturbações de desenvolvimento, deficiências sensoriais (Levene & Dubowitz, 1982), deficiências cognitivas (Bradley *et al.*, 1993; Damman *et al.*, 1996), problemas de desempenho escolar (Laucht, Esser, & Schmidt, 1997), dificuldades comportamentais, problemas de crescimento físico (Linhares, Bordin, & Jorge 2001), problemas de desenvolvimento psicológico (Novello, Degraw, & Kleinman, 1992; Waber & McCormick, 1995), motor e social (Sansavini, Rizzardi, Alessandroni, & Giovanelli, 1986).

O desenvolvimento futuro da criança encontra-se associado à saúde neonatal do bebé, assim como a características maternas, variáveis do ambiente familiar e programas de intervenção precoce para detecção, atenuação e se possível reversão dos problemas desenvolvimentais (Linhares *et al.*, 2001).

Um ambiente familiar adequado, com a presença de factores favoráveis tais como a responsividade parental (capacidade dos pais para perceber, interpretar e responder de forma adequada e contingente aos sinais da criança), a aceitação do comportamento da criança, a disponibilidade de brinquedos e a estimulação cognitiva (envolvimento dos pais no processo de aprendizagem da criança), pode reduzir ou compensar os efeitos adversos do risco perinatal, promovendo o aparecimento de sinais precoces de resiliência na criança (Bradley *et al.*, 1994). Por outro lado, um ambiente familiar inadequado, com sinais de pobreza, pode intensificar o risco perinatal (Bradley *et al.*, 1993).

Brazelton (1992), salienta que o melhor índice prognóstico do desenvolvimento dessas crianças de alto risco converge mais para o padrão de interacção mãe-bebé do que para a condição orgânica ou neurológica neonatal. A qualidade do ambiente e dos educadores pode reduzir e até compensar as dificuldades iniciais (Brazelton, 1992; Tideman, Nilsson, Smith, & Stjernqvist, 2002).

No entanto, parece que quanto mais baixo o peso à nascença maior a probabilidade das crianças desenvolverem problemas de desenvolvimento com sequelas de difícil reversão (Linhares *et al.*, 2000; Pieuch, Leonard, Cooper, & Shering, 1997). Neste sentido, Novello e colaboradores (1992) salientaram a importância de acompanhar o desenvolvimento de crianças com problemas neonatais,

de forma a evitar que se potencializem os factores de risco. Segundo Linhares e colaboradores (2001), um programa de intervenção precoce, que disponibilize suporte psicológico, promove nos bebés mais vulneráveis sinais de recuperação das falhas desenvolvimentais no final do primeiro ano de vida (Linhares *et al.*, 2001). Os autores destacam os três primeiros anos de vida de uma criança como o período mais relevante para o seu desenvolvimento. As experiências vividas nesse período são decisivas tanto para o desenvolvimento cerebral como para as capacidades que a criança apresentará nas etapas evolutivas posteriores (Linhares *et al.*, 2001).

Consequências Orgânicas

Brazelton e colaboradores (1988) consideram que o recém-nascido prematuro encontra grandes dificuldades não só porque é um organismo que está a viver num ambiente para o qual ainda não estava preparado, como porque o seu programa biológico foi despoletado demasiado cedo, antes que a normal sequência de diferenciação e integração tenha sido cumprida.

O prematuro e o bebé de baixo peso têm sido descritos como apresentando um nível global de menor activação, com períodos mais curtos e menos frequentes de mobilidade e de estado de alerta (*arousal*) (Corter & Minde, 1987; Pimentel, 1997). A organização motora destes bebés é caracterizada por um mau equilíbrio dos flexores e extensores, podendo originar respostas desadequadas às estimulações tácteis (Vohr & Garcia-Coll, 1988).

Segundo a percepção materna, as crianças de muito baixo peso apresentam sinais de atraso na aquisição dos comportamentos motores: sorrir, sentar sem e com apoio, gatinhar e andar quando comparadas com crianças do grupo de termo. Estes atrasos motores estão associados à imaturidade biológica e/ou à baixa estimulação ambiental, especialmente a baixa responsividade do cuidador (Sansavini *et al.*, 1986).

Vohr e Garcia-Coll (1988) citam algumas complicações que surgem com grande frequência nos bebés prematuros: síndrome de dificuldade respiratória, hiperbilirrubinemia, displasia broncopulmonar, hemorragia periventricular e intraventricular e infecções neonatais com consequências muito diferentes no desenvolvimento destes bebés.

A complicação mais importante ocorre no aparelho respiratório e traduz-se na falta de uma substância chamada surfactante, cuja função é manter os pulmões abertos para que a respiração se realize. Sem esta substância, os pulmões parecem fechados e o oxigénio não consegue passar para a corrente sanguínea. Esta doença pulmonar das membranas hialinas, típica do recém-nascido prematuro, forma nos pulmões destes bebés verdadeiras membranas que impedem a passagem dos gases, levando-os a estados de anóxia grave (Raad, Cruz, & Nascimento, 2006). Uma das complicações do tratamento destas dificuldades respiratórias é a retinopatia da prematuridade (inicialmente conhecida como fibroplasia retrolental), que se deve a lesões retinianas causadas pela administração excessiva de oxigénio à criança prematura. A retinopatia da prematuridade provoca um défice visual mais ou menos grave, que pode ir até à cegueira completa (Mazet & Stoleru, 1988/2003).

O estudo de Novello e colaboradores (1992) evidencia que as crianças de baixo peso à nascença têm sete a dez vezes mais

probabilidade do que as crianças normais para desenvolverem problemas graves, tais como: paralisia cerebral, cegueira, surdez e deficiência mental, as quais requerem intervenções educativas especiais. Além disso, apresentam de duas a três vezes mais probabilidade de desenvolverem doenças crónicas. Quando a variável peso à nascença é combinada com a variável ambiental pobreza, este quadro complica-se ainda mais, observando-se um aumento considerável da condição de risco (Novello *et al.*, 1992). Por outro lado, o risco que um grande prematuro enfrenta pode ser significativamente diminuído, a ponto de se reflectir numa redução do tempo médio de internamento, se for criado um clima psicossocial adequado (Als, 1986; Brown & Heermann, 1997; Buehler, Als, Duffy, McAnulty, & Liederman, 1995).

Kreisler e Soulé, (1995), a partir dos trabalhos de Bergés e colaboradores (1969) com crianças prematuras até aos seis anos de idade, fazem referência à noção do «síndrome do antigo prematuro», que remete essencialmente para problemas motores, de lateralidade e de orientação espacial.

Consequências cognitivas e comportamentais

O desenvolvimento global das crianças está negativamente correlacionado com a idade gestacional e o peso à nascença (Itoigawa *et al.*, 1996; Sansavini, 1986).

Os prematuros apresentam um desenvolvimento mais lento que os seus pares de termo, quando ambos são avaliados às 40 semanas de idade gestacional (Barros, 2001). No entanto, quando se utiliza a idade corrigida (substituindo a idade cronológica pela idade que a criança teria se tivesse nascido com 40 semanas de gestação), verifica-se que a maioria dos prematuros, que não sofreram grandes complicações perinatais, obtém resultados equivalentes aos de termo, pelo menos a partir dos 9 meses (Goldstein, Caputo, & Taub, 1976).

Num estudo com crianças prematuras entre os três e os sete anos, Rieck e colaboradores (1996) identificaram défices nas seguintes áreas: abstracção verbal, memória a curto prazo, vocabulário, memória de números em inversão e dificuldades de atenção. Na opinião dos autores, a natureza das dificuldades identificadas reside no desenvolvimento linguístico.

O nível intelectual materno é preditor do desenvolvimento cognitivo da criança prematura aos três anos de idade (Bacharach & Baumeister, 1998).

A partir da idade escolar, os estudos que utilizam avaliações globais do desenvolvimento chegam a conclusões bastante homogéneas. Enquanto que tendem a desaparecer as diferenças associadas à prematuridade e às condições neonatais adversas; as diferenças associadas a um nível socioeconómico mais desfavorecido e a atitudes educacionais menos estimulantes começam a salientar-se. Constata-se que os efeitos negativos das condições neonatais tendem, de facto, a agravar-se nos meios socioeconómicos mais carenciados, enquanto se anulam nas classes média e superior (Greenberg & Crnic, 1988). Neste sentido, os problemas perinatais graves só estão associados a dificuldades cognitivas no fim da infância, quando foram acompanhadas de condições ambientais e educacionais inadequadas durante o desenvolvimento (Barros, 2001).

A associação entre a prematuridade e os factores de risco ambiental, tanto proximais (alto nível de stress familiar, baixa

responsividade materna e dificuldade em exercer a maternidade) como distais (baixo nível educacional e socioeconómico dos pais, situação conjugal irregular) parece contribuir para o surgimento de problemas de comportamento (Brandt, Magyary, Hammond, & Barnard, 1992; Gennaro, Brooten, Roncoli, & Kumar, 1993; Levy-Shiff, Einat, Mogilner, Lerman, & Krikler, 1994; Sobotkova, Dittrichova, & Mandys, 1996). Os factores proximais actuam directamente e no contexto actual de desenvolvimento da criança, enquanto que os factores distais actuam indirectamente ou são condições antecedentes.

De acordo com o estudo de Linhares, Bordin e Jorge (2001), a maioria das mães de prematuros relatam queixas comportamentais dos filhos, caracterizando-os, em termos médios, como “crianças difíceis”, com sinais de desadaptação psicossocial. Este padrão envolve a agitação, a impaciência, a não permanência nas actividades, a oscilação de humor e a dependência à mãe.

Alguns estudos têm sinalizado que as mães de crianças prematuras descrevem os filhos como mais irritáveis, choronas e hipoactivas do que as mães de crianças nascidas a termo (Levy-Shiff *et al.*, 1994; Stjernqvist, 1993). Por outro lado, as crianças prematuras apresentam, frequentemente, distúrbios de comportamento, tais como: hiperactividade, problemas de humor, desatenção, comportamento opositor, ansiedade, inibição social, tiques e comportamento estereotipado (Landry, Chapieski, Richardson, Palmer, & Hall, 1990).

As preocupações da mãe com a sobrevivência e separação do filho, devido ao seu internamento prolongado na UCIN, são factores stressores que permeiam as representações iniciais que os pais têm do filho e as expectativas futuras relativas ao seu desenvolvimento. A insegurança gerada nesta etapa pode perdurar, interferindo no cuidado à criança no curso do seu desenvolvimento. Pode, ainda, dificultar a implementação de práticas educativas eficientes que preparem a criança para a adaptação ao meio e para os desafios impostos pelas diferentes fases evolutivas, tais como a interacção social com os seus pares ou a produtividade escolar (Linhares *et al.*, 2000). Por norma, estabelece-se um excesso de tolerância ao comportamento da criança, gerando problemas de comportamento. A criança não aprende a adiar gratificações nem a tolerar situações de espera ou frustrações. O excesso de tolerância e a superprotecção, por parte dos pais, pode dificultar o desenvolvimento da competência social da criança e torná-la frágil emocionalmente para enfrentar os desafios internos e externos que se impõem no curso do desenvolvimento (Linhares *et al.*, 2000).

Consequências sócio-afectivas

As crianças nascidas prematuramente e/ou com baixo peso aparecem sobrerrepresentadas no grupo de crianças maltratadas (Klein & Stern, 1971). Para Klaus e Kennell (1993), os maus-tratos são as sequelas deixadas pela separação prematura, a qual interfere no desenvolvimento da relação precoce mãe-bebé. Ao nível clínico, os prematuros apresentam diversas dificuldades emocionais, tais como: carência de cuidados, carência afectiva, abandono, maus-tratos e todo um leque de perturbações emocionais e de personalidade (Areias & Botelho, 1992). Muitas destas perturbações traduzem-se em dificuldades nos domínios da alimentação, do sono e da higiene (Mazet & Stoleru, 1988/2003).

As crianças prematuras apresentam dificuldades na realização de

tarefas sociais (Brandt *et al.*, 1992; Whitfield & Grunau, 2000; Linhares *et al.*, 2000; Carvalho *et al.*, 2001) e maior incidência de manifestações comportamentais sugestivas de somatização, ansiedade, retraimento e dificuldade de adequação às situações sociais (Linhares, Chimello, Bordin, Carvalho, & Martinez, 2005). Segundo Levy-Shiff e colaboradores (1994), os prematuros apresentam mais baixo auto-conceito do que as crianças de termo.

Sykes e colaboradores (1997) constataram a existência de problemas sociais, queixas somáticas, depressão, ansiedade, problemas de atenção, isolamento, comportamentos delinquentes e agressividade em crianças prematuras de idade escolar. Os autores especulam que estes distúrbios comportamentais estão associados a falhas nas funções de auto-regulação.

Segundo Als e colaboradores (1982), altos níveis de responsividade materna e altos níveis de restrição na interacção com a criança, aos três anos, estão directamente correlacionados com uma maior habilidade de iniciativa social da criança, aos quatro anos de idade. Por outro lado, baixos níveis de responsividade materna estão associados a défices nas habilidades de iniciativa social, tanto para crianças prematuras como nascidas a termo. Landry, Smith, Swank e Miller-Loncar (2000) estudaram os efeitos da directividade materna no desenvolvimento da criança prematura e demonstraram que uma menor directividade materna pode ser mais necessária para estas crianças em comparação com as crianças a termo, porque as primeiras precisam de mais oportunidades para assumir um papel activo e desenvolver habilidades sociais.

Prematuridade e interacção mãe-bebé

A construção de padrões interactivos entre a mãe e o bebé está directamente relacionada com os padrões de interacção construídos pela mãe, desde a sua infância, com a sua própria mãe ou cuidadora. A experiência de cuidado recebido pela mãe influencia o sentimento de competência materno (Klaus & Kennell, 2000). O padrão de interacção estabelecido pela díade mãe-filho servirá de modelo para o estabelecimento de relações interpessoais futuras, ao longo do seu desenvolvimento nas diferentes situações sociais. Além disso, gradualmente, a criança constrói uma imagem coerente de si e do mundo através da reciprocidade que estabelece na relação com a mãe (Field, 1997).

As dificuldades no estabelecimento da relação mãe-filho, consequentes das vicissitudes inerentes à própria situação de prematuridade, são relativamente consensuais entre os especialistas (Areias & Botelho, 1992). O parto prematuro é entendido como uma crise (Jeffcoate, Humphrey, & Lloyd, 1979) que priva a mãe das experiências maturativas da última fase da gravidez, tão fundamentais para a interacção com o bebé (Levy-Shiff, Sharir, & Mogilner, 1989). A mulher tende a sentir-se prematura como mãe e a não sentir-se preparada para receber o bebé. Este bebé, que nasce antes do período esperado, não corresponde às expectativas dos pais, os quais deverão realizar, além do luto pelo filho imaginário, o luto do bebé prematuro real que corre risco de vida (Delgado & Halpern, 2005). O luto pelo filho ideal e a aceitação do bebé real é um processo difícil e depende da história individual da mãe, das relações com seus próprios pais e do seu estado emocional (Spitz, 1965/1998).

O bebé prematuro é pequeno e muito frágil, intensificando na mãe o medo de não ser capaz de cuidar suficientemente bem do filho (Levy-Shiff *et al.*, 1989). Quando o bebé corre risco de morte, os pais sentem medo de criar uma ligação afectiva forte e investir o filho, desde logo porque ele pode não sobreviver (Maldonado, Dicktein, & Nahoum, 1996). Esse momento é marcado pela coexistência de sentimentos ambivalentes: esperança que o bebé sobreviva e, ao mesmo tempo, desejos de morte, rejeição e até hostilidade que levam os pais a sentirem-se culpados. De acordo com o estudo de Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira (2005), a ligação afectiva das mães aos bebés prematuros está permeada pelo fantasma de morte:

“O nascimento de um bebé prematuro é frequentemente fonte de angústia (...) Frustrada, a mãe é igualmente exposta a sentir uma ferida no seu narcisismo por não ter podido levar a termo a gestação (...) pode representar a confirmação das suas fantasias de castração – ela deu à luz um bebé não concluído, incompleto (...) Se a mãe e o pai se sentem responsáveis pela prematuridade do bebé, confirmando os seus temores fantasiosos de não serem capazes de ser pais, eles podem viver um sentimento de culpabilidade. O parto prematuro pode activar, na mãe, fantasias de que o seu interior é perigoso e hostil para o bebé” (Lebovici, 1987, p. 190).

Segundo Raad, Cruz e Nascimento (2006), o contexto de hospitalização promove o aparecimento de sentimentos de culpa, temor, desespero, ansiedade, revolta, angústia e impotência. O parto prematuro prejudica a formação do apego materno e, conseqüentemente, a formação de novos vínculos afectivos estabelecidos pela criança nas suas relações interpessoais futuras (Klaus & Kennell, 1993).

Alfaya e Schermann (2005) referem que o parto prematuro e a hospitalização da criança contribuem para que as mães se mostrem menos sensíveis aos sinais dos filhos e menos responsivas, ou seja, não são capazes de perceber, interpretar e responder adequadamente às necessidades da criança.

Os bebés prematuros têm sido caracterizados como parceiros menos aptos na interacção social: estão menos alerta e mais difíceis de manter nesse estado (Field, 1980), são menos responsivos e menos activos, quer durante o período neonatal como durante os primeiros meses de vida (DiVitto & Goldberg, 1995). Os pais são mais activos para compensar os filhos, mas sentem-se menos felizes e demonstram menos sentimentos positivos com a interacção estabelecida (Crnic, Ragozin, Greenberg, Robinson, & Basham, 1983).

Als, Lester, Tronick e Brazelton (1982) elaboraram grelhas de avaliação que demonstram que o bebé prematuro possui uma organização comportamental própria e diferente da do bebé de termo. Neste sentido, o modo de funcionamento de cada prematuro pode situar-se num contínuo que vai desde a enorme reactividade e vulnerabilidade a estímulos internos e externos até à extrema letargia e ausência de resposta a qualquer estimulação. Neste contexto, Tronick, Scanlon e Scanlon (1990) caracterizam o recém-nascido prematuro através da hipótese da reactividade paradoxal que inclui dois aspectos fundamentais: o limiar sensorial elevado destes bebés, que desempenha um papel protector, tornando-os menos reactivos; e o baixo limiar de resposta defensiva aos estímulos suficientemente intensos para

ultrapassarem o limiar sensorial. A combinação destas duas características faz com que a amplitude da estimulação susceptível de provocar no bebé uma resposta organizada seja extremamente pequena. Ou seja, o bebé está menos disponível para a estimulação mas, uma vez iniciada a resposta, é hiperactivo.

O comportamento do prematuro é menos previsível e baseado em sinais menos claros e mais difíceis de compreender pelo interlocutor. As diferenças na reactividade e responsividade do recém-nascido prematuro têm consequências inevitáveis na qualidade da interacção que estabelece com o cuidador e fazem dele um parceiro diferente do bebé de termo (Green, Fox, & Lewis, 1983). É consensual entre os vários autores que o prematuro possui competências de comunicação e interacção menos adequadas do que o bebé de termo. O prematuro tem um padrão de choro diferente, mais aversivo e indutor de um estado de alerta emocional negativo (Frodi & Lamb, 1978). Por outro lado, os prematuros têm mais dificuldade em fixar o olhar, mantêm um contacto visual esporádico e, no geral, emitem menos sinais facilitadores da continuidade da interacção. Vocalizam e sorriem menos, demonstrando uma tonalidade afectiva global menos positiva (Als, Lester, Tronick, & Brazelton, 1982).

Durante as primeiras refeições, os pais das crianças prematuras tocam, acariciam e falam menos com os seus bebés do que os pais das outras crianças. Por volta dos oito meses, as crianças prematuras brincam menos, protestam mais e são alvo de uma maior atenção dos pais do que as outras crianças. Esta diferença começa a desaparecer por volta dos doze meses (Goldberg *et al.*, 1995). Os bebés prematuros são mais distrácteis e as mães menos sensíveis aos seus comportamentos e ritmos alimentares, verificando-se tentativas constantes de estimulação da alimentação que resultam numa cada vez menor responsividade (Field, 1977).

De um modo geral, as interacções com prematuros são mais penosas para os pais, (Als, 1982), desde logo porque as mães têm dificuldade em adaptar o seu comportamento aos ritmos do bebé (sincronia) (Field, 1977; Lester, Hoffman, & Brazelton, 1985; Levy-Shiff *et al.*, 1989). As mães apresentam um comportamento hiperactivo e intrusivo, que contribui para o aumento do comportamento de evitamento e para dificuldades de autonomização da criança (Als & Brazelton, 1982).

Crawford (1982) analisou a interacção mãe-bebé prematuro e verificou que o comportamento do bebé se assemelha cada vez mais ao do bebé de termo. Todavia, os padrões de sensibilidade e ritmo dos comportamentos maternos tendem a diminuir de qualidade. Segundo Vohr e Garcia-Coll (1988), o padrão interactivo desadequado poderá manter-se mesmo quando as competências do bebé prematuro já são semelhantes às dos bebés de termo.

De acordo com os estudos de Laucht, Esser e Schmidt (2001, 2002), os comportamentos interactivos mãe-criança exercem um efeito diferencial nas crianças de alto risco biológico neonatal, podendo modificar o impacto adverso do nascimento com muito baixo peso no desenvolvimento posterior da criança. Os autores verificaram que as crianças nascidas com muito baixo peso (aos oito anos), cujas mães não haviam sido sensíveis e responsivas na interacção, exibiam claramente mais problemas de comportamento. Por outro lado, crianças nascidas com muito baixo peso que tinham mães sensíveis e responsivas apresentavam menos problemas de comportamento.

A relação mãe-criança prematura, aos nove e 19 anos, foi estudada por Tideman e colaboradores (2002), verificando-se que ambos os membros das díades mãe-criança expressavam, mais frequentemente, hostilidade e comentários críticos um para com o outro, em comparação com as díades mãe-criança de termo. As mães que apresentaram resultados mais altos nas observações críticas, são as que apresentaram resultados mais altos em envolvimento emocional, expresso em termos de sacrifício e superprotecção com a criança.

No seu conjunto, estas observações evidenciam que as díades com crianças prematuras tendem a interagir com padrões comportamentais diferentes daqueles das díades com crianças nascidas a termo (Klein & Linhares, 2006). No entanto, constata-se que os autores que estudaram este tema discordam quanto ao momento em que estas diferenças deixam de se fazer sentir, ou mesmo, se alguma vez isso acontece. Para Escalona (1984), por exemplo, esta inferioridade nas capacidades interactivas tende a desaparecer precocemente, já não sendo importante aos 12 meses. Para outros autores, os prematuros tendem a ser crianças socialmente menos competentes nos primeiros cinco anos de vida (McBurney & Grunau, 1986, cit. *in* Barros, 2001). De qualquer modo, parte da contradição envolvida nestas diferentes conclusões poderá estar relacionada com o simples facto do grupo de prematuros não ser um grupo homogéneo nos diferentes níveis que o caracterizam (Pimentel, 1997).

Consequências psicológicas para os pais

Kreisler e Soulé (1995) explicam que a mulher, durante a gravidez, se encontra num estado de regressão narcísica interrompida de forma súbita e brusca pelo parto prematuro.

Os pais, frente ao nascimento de um bebé prematuro, podem experienciar uma série de emoções negativas. Os pais sentem-se ansiosos, culpados, deprimidos, assustados (Melnyk, 2001) e sentem-se prematuros para exercer as suas funções parentais (Als, 1992). O confronto com um "bebé tecnológico" ("*high-tech baby*"), um pequeno bebé rodeado da mais alta tecnologia, é uma vivência desconcertante. Esta realidade neonatal não só separa os pais do filho como torna os pais totalmente incompetentes face aos cuidados de que este vulnerável ser humano necessita. É comum verificar-se a emergência de uma ou mais das seguintes reacções emocionais: 1) medo relativo à sobrevivência do bebé e receio quanto ao seu desenvolvimento futuro; 2) culpabilidade relativamente a comportamentos mantidos durante a gravidez (e.g. fumar, alimentação inadequada, excesso de trabalho); 3) projecção da agressividade na equipa médica por não terem sido capazes de elaborar um diagnóstico mais precoce que pudesse ter evitado o desfecho da prematuridade e, por último, 4) sensação de incapacidade, quando confrontados com a eficiência da equipa de cuidados especiais, ou ainda, a auto-avaliação de falta de competência para tratar e educar um filho muito difícil (Barros, 2001).

Os pais dos bebés prematuros têm sido descritos como atravessando uma crise emocional grave, com sentimentos de ansiedade, medo e depressão intensos (Barros, 2001; Alfaya & Schermann, 2001; Field, 1997). Segundo Barros (1992), as mães de prematuros reportam níveis de depressão, ansiedade, irritabilidade e labilidade emocional muito elevados, frequentemente com significado clínico. As mães apresentam níveis mais elevados de ansiedade e

depressão do que os pais (homens) (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, & Martinez, 2004).

Miranda (1997) refere que os comportamentos ansiosos da mãe são patentes e persistentes logo na primeira visita à UCIN, prolongando-se depois durante o primeiro ano de vida da criança. Areias e Botelho (1992), numa situação de avaliação psicológica com crianças em idade pré-escolar, registaram que o comportamento materno continuava a revelar indícios de ansiedade. Goldson (1996) declara que este comportamento hipervigilante e ansioso afecta a relação com a criança e a relação conjugal.

A depressão surge, sobretudo, da constatação de que o parto não decorreu como o esperado, de que o bebé é menos perfeito do que o esperado ou da avaliação da perda de qualidade de vida geral. As reacções depressivas com sentimentos de desespero e de auto-desvalorização, crises de choro, diminuição da actividade e dificuldades na alimentação e no sono são extremamente frequentes (Barros, 2001). A este respeito, Alfaya e Schermann (2001) demonstraram existir uma relação entre o nascimento prematuro e indicadores de depressão materna.

As crianças com mães deprimidas ou ansiosas apresentam maior risco de desordens comportamentais, afectivas, cognitivas e sociais, bem como maior risco de alterações neurológicas (Dawson, Ashman, & Carver, 2000).

A irritabilidade, caracterizada pela impaciência e zanga pouco controlada, tem sido considerada uma reacção emocional crítica para o estabelecimento de uma interacção satisfatória. As próprias características de menor reactividade e maior imprevisibilidade propiciam o desencadear de atitudes de irritabilidade. Por vezes, essa irritabilidade é dirigida para os familiares ou profissionais, por serem de algum modo considerados responsáveis pelo que aconteceu ou por não demonstrarem a compreensão e apoio de que a mãe sente necessidade. Ou, então, centra-se no próprio bebé, tão difícil de compreender, acalmar ou estimular; ou, ainda, nos filhos pequenos, que continuam a exigir atenção de uma mãe esgotada pelas exigências do novo bebé. Outras vezes é mais dirigida contra a própria mãe, pela percepção da incapacidade de controlar as reacções emocionais ou conseguir comunicar eficazmente e ajudar o bebé. A perturbação emocional está muitas vezes associada a conflitos conjugais que se agravam pela dificuldade de cada um dos parceiros em comunicar eficazmente e compreender as reacções emocionais muito intensas, mas que podem ser radicalmente diferentes no outro cônjuge (Barros, 1992).

Após a alta hospitalar dos bebés, verifica-se uma redução significativa dos níveis de ansiedade, disforia e/ou depressão (Padovani *et al.*, 2004). Esta diminuição significativa parece estar sobretudo relacionada com a diminuição da preocupação relativa à sobrevivência do bebé (Padovani *et al.*, 2004). Todavia, de acordo com o estudo de Martins, Linhares e Martinez (2005), constatou-se que os pais dos bebés prematuros apresentavam-se significativamente mais assustados do que os familiares do grupo controlo, mesmo após a alta. Ao mesmo tempo em que desejavam a alta hospitalar, as mães relataram sentir-se inseguras e receosas quanto à sua competência para lidar com o bebé (Klaus & Kennell, 1993; Linhares, Carvalho, Bordin, & Jorge, 1999; Carvalho, Linhares, & Martinez, 2001).

As mães das crianças prematuras de muito baixo peso precisam de receber suporte psicossocial adequado para enfrentarem a tarefa de

cuidar do seu bebé prematuro. Verificou-se que as mães de crianças prematuras, que não tiveram suporte social adequado e experimentaram mais eventos stressores durante a gravidez, apresentaram menor equilíbrio psicológico, dificuldade para exercer a *maternage* e para estabelecer um padrão de interacção adequado com a criança (Baptista, Baptista, & Torres, 2006).

2. Ansiedade de separação Materna

Enquadramento e definição

Mahler (1979/1982) elaborou, paralelamente ao seu trabalho com crianças psicóticas, um modelo trifásico relativo ao desenvolvimento psico-afectivo normal da criança, constituído pelas fases de autismo normal, simbiose e separação-individuação.

As quatro primeiras semanas de vida constituem a “fase autística normal” por analogia com o autismo psicótico: o bebé está fechado no seu mundo, auto-suficiente na sua satisfação alucinatória do desejo, com uma espécie de concha autística que o protege dos estímulos exteriores. Aos poucos, essa concha sofre uma ruptura (Mazet & Stoleru, 1988/2003). Nesta fase, o bebé não percebe a diferença entre realidade interna e externa nem consegue distinguir entre si mesmo e o mundo inanimado que o rodeia (Mahler, 1979/1982).

A partir do segundo mês de vida, uma vaga consciência do objecto de satisfação das necessidades do bebé marca o início da fase simbiótica. Nesta, a criança tem a ilusão delirante de uma unidade dual com a mãe, no interior de uma única fronteira comum e comporta-se como se ela e a mãe constituíssem um sistema onipotente. Neste estado de indiferenciação e de fusão, o Eu não se diferencia do não-Eu e a realidade interior e exterior só progressivamente vão sendo percebidas como distintas. A dependência da criança face à mãe é absoluta (Mahler, 1979/1982).

A partir dos cinco meses, começa o processo de separação-individuação. A fase de separação-individuação caracteriza-se por um constante incremento de consciência do self e do outro, indispensável para a separação e desenvolvimento do sentimento de identidade, para a verdadeira relação de objecto e para a consciência da realidade e do mundo exterior (Silva, 1997).

Mahler (1979/1982) descreve quatro subfases no processo de separação-individuação. A primeira (dos cinco aos dez meses) corresponde à etapa de **diferenciação**. Verifica-se, nesta fase, o primeiro deslocamento do investimento da energia libidinal para o exterior e dá-se a passagem de uma dependência absoluta para uma dependência relativa, não só da mãe face ao bebé como do bebé face à mãe. A diferenciação começa a realizar-se com o prolongamento para fora da esfera simbiótica, embora toda a aprendizagem seja mediada pela figura materna (Mazet & Stoleru, 1988/2003).

Segue-se a etapa de **exploração**, dos dez aos quinze meses. Esta etapa caracteriza-se por um deslocamento mais expressivo do investimento da energia libidinal da esfera simbiótica para a exploração do ambiente, possível devido ao desenvolvimento de habilidades motoras (Mahler, 1979/1982). Num primeiro tempo, a criança separa-se fisicamente da mãe, mantendo porém alguma ligação. Embora atraída pelo mundo, a criança procura constantemente a figura materna. Num segundo tempo, graças à emergente capacidade de locomoção, dá-se um

deslocamento ainda maior do investimento libidinal que se coloca ao serviço do Eu autónomo (Mahler, 1979/1982).

Entre os 15 e os 22 meses e mais, Mahler (1979/1982) descreve a etapa **de reaproximação**. À medida que vai dominando a locomoção, a criança sente-se autorizada a separar-se da mãe. Isto vai provocar o prazer do domínio e também a ansiedade de separação. A criança torna-se cada vez mais consciente da separação e da sua progressiva diferenciação emocional, o que leva a um incremento de ansiedade de separação - temor à perda de objecto. Perante este medo, a criança mobiliza mecanismos de defesa para resistir à separação da mãe (Mahler, 1979/1982).

Paralelamente, é fulcral que ocorra na mãe um movimento concomitante e análogo de separação em relação à criança (Silva, 1997). Contudo, algumas têm dificuldade em permitir-se ou permitir aos seus filhos estes esboços de autonomização. As mães parecem temer que eles não gostem tanto delas e, por isso, continuam a dispensar uma enorme quantidade de tempo e de energia à criança (Relvas, Alarcão, & Sá, 1997). As mães, através do seu comportamento intrusivo com origem na sua própria ansiedade e necessidades simbiótico-parasitárias, passam elas mesmas a perseguir as crianças. Quanto menor a disponibilidade emocional da mãe, mais insistentemente e mesmo desesperadamente, a criança tentará seduzi-la. Nalguns casos, este processo bloqueia a energia necessária ao desenvolvimento e evolução das várias funções do Ego (Mahler, 1979/192).

Chega-se, finalmente, à etapa de **permanência do objecto libidinal e consolidação da individualidade**. Esta quarta subfase é caracterizada pelo desenvolvimento de complexas funções cognitivas: comunicação verbal, fantasia e critério de realidade. Neste período, dos vinte ou vinte e dois meses até aos trinta ou trinta e seis meses, verifica-se uma rápida diferenciação do ego. O estabelecimento de representações mentais do *self* distintamente separadas das representações de objecto abrem caminho à permanência do objecto (Mahler, 1979/192), que implica a unificação do “bom” e “mau” objecto numa única representação total. Só a unificação do objecto e a interiorização de um bom objecto permitem à criança fazer face à angústia de separação (Osório, 1989). A presença real e constante da mãe não é mais imperativa (Mahler, 1979/192).

Os processos de separação entre a mãe e a criança têm suscitado o interesse de diversos autores. De acordo com Hock, McBride e Gnezda (1989), é fundamental para a compreensão dos processos de desenvolvimento humano considerar as atitudes, sentimentos e vivências maternas associadas à separação.

A ansiedade de separação materna consiste num estado emocional desagradável resultante exclusivamente da experiência de separação entre a mãe e a criança (Hock *et al.*, 1989).

Ansiedade de separação materna e adaptação psicossocial da criança

A ligação inicial entre a criança e a mãe permite o desenvolvimento de inúmeras aptidões e competências sociais, fundamentais para o estabelecimento de relações positivas com os seus pares. Fornece, igualmente, uma base segura que encoraja a criança a explorar o meio social. Tais movimentos exploratórios promovem uma crescente capacidade de resolução de problemas. Esta ligação inicial permite à criança construir os seus modelos internos do mundo, do eu e

das figuras de vinculação. A qualidade desta relação primária pode, deste modo, fomentar o desenvolvimento de comportamentos adaptados ou desadaptados na criança (Rubin, Hastings, Chen, Stewart, & McNichol, 1998).

Os estudos que identificaram a influência de variáveis maternas na interacção mãe-criança prematura encontraram que: emprego (Youngblut, Singer, Madigan, Swegart, & Rodgers, 1998), nível intelectual materno e sócioeconómico familiar (Bacharach & Baumeister, 1998) e stress emocional materno (Assel, Landry, Swank, Steelman, Miller-Loncar, & Smith, 2002) influenciam de forma directa os padrões de interacção mãe-criança e o desenvolvimento da criança. Estas variáveis devem ser consideradas nos programas de intervenção para prevenção dos riscos para o desenvolvimento da criança (Veríssimo, Alves, Monteiro, & Oliveira, 2003).

Algumas investigações sugerem que a ansiedade de separação materna poderá ser um importante mediador entre o trabalho materno e o desenvolvimento social da criança (Hock & DeMeis, 1990; Stifter, Coulehan, & Fish, 1993).

O trabalho materno parece exercer uma influência negativa sobre o desenvolvimento da criança. No entanto, outros autores contrariam tal hipótese (DeMeis, McBride, & Hock, 1986). Estes autores referem que não é o trabalho materno, por si só, que exerce tal influência, mas os sentimentos maternos face ao trabalho e as crenças maternas acerca dos efeitos da separação, motivada pelo trabalho, na criança. Neste sentido, tais factores parecem influenciar de um modo significativo a intensidade da ansiedade de separação materna, bem como a adaptação psicossocial da criança (Veríssimo *et al.*, 2003).

Stifter e colaboradores (1993) avaliaram as implicações do trabalho materno e da ansiedade de separação materna no estilo e qualidade da interacção mãe-criança. Os autores constataram que as mães que trabalhavam obtinham níveis mais baixos de ansiedade de separação relativamente às mães que estavam em casa. No entanto, os autores verificaram que as mães empregadas com uma elevada ansiedade de separação eram mais intrusivas comparativamente com as mães empregadas e com uma ansiedade de separação mais reduzida. Paralelamente, consideraram que existe uma maior probabilidade de desenvolvimento de uma vinculação insegura/evitante nas crianças cujas mães evidenciaram uma elevada ansiedade de separação (Stifter *et al.*, 1993).

O estudo referido associa uma elevada ansiedade de separação a um estilo de interacção mais intrusivo por parte da mãe (Stifter *et al.*, 1993). Estes resultados sugerem que as mães com uma elevada ansiedade de separação podem apresentar um estilo de interacção mais disruptivo, algo que poderá ter consequências negativas no desenvolvimento social da criança (Veríssimo *et al.*, 2003).

A intrusividade materna não promove a autonomia da criança nem a formação de um sentimento de segurança e confiança, essenciais para a mobilização de comportamentos exploratórios. A inibição do comportamento exploratório não promove, por sua vez, a aquisição por parte da criança de competências sociais adequadas para o estabelecimento de relações positivas com os seus pares (Veríssimo *et al.*, 2003).

O desenvolvimento de competências sociais surge como uma aquisição fundamental para o crescimento sócio-afectivo da criança. Os pares contribuem para a aprendizagem de aptidões sociais, promovendo a construção na criança de uma identidade própria (Rubin, Hastings,

Chen, Stewart, & McNichol, 1998).

No seu estudo, Veríssimo e colaboradores (2003) analisaram a relação entre a ansiedade de separação materna e a adaptação psicossocial da criança pré-escolar. Os resultados indicaram que as crianças, cujas mães apresentaram uma elevada ansiedade de separação, mobilizaram comportamentos caracterizados pelo isolamento e ansiedade, reveladores de uma baixa competência social.

3. Prematuridade e Ansiedade de Separação Materna

Historicamente, os estudos de René Spitz e Anna Freud com crianças separadas dos pais, em instituições e sob condições de guerra, permitiram constatar a natureza da dependência infantil e a importância do cuidado materno para o desenvolvimento da criança (Alfaya & Schermann, 2005).

O internamento na UCIN é um factor stressor para o bebé (Whitfield & Grunau, 2000) e constitui-se num factor psicossocial de risco para o desenvolvimento, pois provoca a separação precoce entre a mãe e o bebé (Kennel & Klaus, 1992; Linhares *et al.*, 1999, 2000; Carvalho *et al.*, 2001). Esta separação precoce pode aumentar os sentimentos de menosvalia e reforçar a fantasia da inadequação materna. Nalguns casos, o bebé prematuro é percebido pela mãe como incompleto ou de qualidade inferior pelo baixo peso e pela aparência física frágil (Klaus & Kennell, 1993). É comum que as mães se culpabilizem por terem sido más, por terem exposto o filho a forte tensão, sendo o nascimento prematuro percebido como uma punição ou castigo (Mazet & Stoleru, 1990).

Klaus e Kennell (1975) concluíram que as práticas hospitalares que forçam a uma separação entre a mãe e a criança destroem, às vezes de maneira irreversível, o desenvolvimento do sentimento maternal. Historicamente, o prematuro era colocado numa situação de não-aferência, enquanto que, simultaneamente, a mãe era colocada numa situação de privação infantil (Cramer, 1987). Neste sentido, Klaus e Kennell (1992) evidenciaram um fenómeno psíquico importante: a “síndrome de privação materna”, quando esta é separada do filho. Para colmatar os efeitos desta separação precoce, os autores abriram as unidades de neonatologia às mães e possibilitaram, através de apoio pedagógico e terapêutico, a participação destas nos cuidados prestados ao recém-nascido prematuro.

As mães tentam o contacto visual com as crianças prematuras, mesmo quando estas estão na incubadora, para se certificarem de que o seu filho está ali e para sentirem que lhe pertence, apesar da separação e dos problemas do bebé (Brazelton & Cramer, 1989).

Segundo Areias e Botelho (1992), num estudo sobre os comportamentos maternos, existem diferenças ao nível dos comportamentos das mães de crianças prematuras e mães de crianças de termo. Os resultados obtidos permitem concluir que as mães das crianças prematuras são mais ansiosas do que as mães de crianças de termo. Os resultados revelam que, na sua globalidade, os prematuros não só têm um desenvolvimento significativamente diferente do das crianças de termo como se encontram abaixo da média. Estas autoras confirmaram existir uma relação entre ansiedade materna e desenvolvimento infantil, no sentido de que quanto maior a ansiedade materna menor é o desenvolvimento da criança.

A “síndrome da criança vulnerável”, abordado por Areias e

Botelho (1992), pode também ser aplicado ao caso dos prematuros. Esta síndrome consiste na reacção de superprotecção dos pais face a uma criança por cuja vida já recearam. A percepção da criança como vulnerável e diferente do esperado, em conjugação com uma ansiedade persistente são os efeitos mais duradouros encontrados no estudo de Jeffcoat, Humphrey e Lloyd (1979).

A criança prematura pode apresentar sintomas como dificuldade em separar-se, comportamento regressivo, queixas hipocondríacas e instabilidade com passagem ao acto (Mazet & Stoleru, 1988/2003).

II - Objectivos

De acordo com a literatura, as crianças prematuras apresentam maiores dificuldades de desenvolvimento, evidenciando deficiências cognitivas (Bradley *et al.*, 1993; Damman *et al.*, 1996), problemas de desempenho escolar (Laucht, Esser, & Schmidt, 1997), dificuldades comportamentais, problemas de crescimento físico (Linhares, Bordin, & Jorge 2001), problemas de desenvolvimento psicológico (Novello, Degraw, & Kleinman, 1992; Waber & McCormick, 1995), motor e dificuldades na realização de tarefas sociais (Sansavini, Rizzardi, Alessandrini, & Giovanelli, 1986; Brandt *et al.*, 1992; Whitfield & Grunau, 2000; Linhares *et al.*, 2000; Carvalho *et al.*, 2001).

As crianças prematuras tendem a interagir com padrões comportamentais diferentes dos observados em díades com crianças de termo (Klein & Linhares, 2006). De um modo geral, as interacções com prematuros são mais penosas para os pais (Als, 1982), desde logo porque as mães têm dificuldade em adaptar o seu comportamento aos ritmos do bebé (sincronia) (Field, 1977; Lester, Hoffman, & Brazelton, 1985; Levy-Shiff *et al.*, 1989). O parto prematuro prejudica a formação do apego materno e, conseqüentemente, a formação de novos vínculos afectivos estabelecidos pela criança nas suas relações interpessoais futuras (Klaus & Kennell, 1993).

Os pais das crianças prematuras sentem-se ansiosos, culpados, deprimidos, assustados (Melnyk, 2001) e sentem-se prematuros para exercer as suas funções parentais (Als, 1992). As mães das crianças prematuras reportam níveis de ansiedade, depressão, irritabilidade e labilidade emocional mais elevados do que as mães de crianças de termo (Alfaya & Schermann, 2001; Areias & Botelho, 1992; Barros, 2001).

A separação precoce entre a mãe e o bebé, provocada pelo parto prematuro, é um factor psicossocial de risco para o desenvolvimento (Kennel & Klaus, 1992; Linhares *et al.*, 1999, 2000; Carvalho *et al.*, 2001). Segundo diversos estudos, quanto maior a ansiedade de separação materna, menor o desenvolvimento infantil (Areias & Botelho, 1992) e menor a competência social das crianças (Veríssimo *et al.*, 2003).

Assim, o objectivo do estudo a seguir apresentado centra-se na exploração das implicações da prematuridade no desenvolvimento da criança, na interacção mãe-criança e no estado emocional materno, particularmente na ansiedade de separação materna, considerando como grupo de comparação crianças do mesmo nível sócio-demográfico nascidas a termo.

III - Metodologia

1. Amostra

A amostra é constituída por 60 díades, recolhida na Maternidade Bissaya Barreto e no Hospital Universitário de Coimbra. A amostra foi dividida em dois grupos: o grupo dos prematuros ($n_1=30$) e o grupo das crianças de termo ($n_2=30$).

O grupo n_1 foi recolhido na Maternidade Bissaya Barreto, através das Consultas de follow-up pedidas pela Pediatria da Unidade de Intervenção Precoce. O grupo n_2 foi recolhido no Infantário da Maternidade Bissaya Barreto (15 díades), na Unidade de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto (3 díades) e no Infantário do Hospital Universitário de Coimbra (12 díades).

O grupo n_1 é constituído por 21 crianças do sexo feminino (70%) e 9 do sexo masculino (30%). A idade cronológica destas situa-se entre os 36 e os 44 meses ($M=40.50$; $DP=2.418$). As mães têm idades compreendidas entre os 23 e os 45 anos ($M=33.77$; $DP=6.468$). No que se refere ao nível de escolaridade, 11 concluíram o 3º ciclo (36,7%), 8 concluíram o ensino secundário (26,7%), 8 concluíram o ensino superior (26,7%) e apenas 3 ficaram pelo ensino primário. A maioria vive em zona rural (70%) e apenas 9 em zona urbana (30%).

Quanto ao estado civil, a maioria é casada (63,3%), 6 são divorciadas (20%), 4 vivem em união de facto (13,3%) e apenas uma é solteira (3,3%).

Relativamente ao nível sócio-económico, segundo a Classificação Nacional das Profissões, 36,7% incluem-se no grupo 7 (operários, artífices e trabalhadores similares), 16,7% no grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas), 16,7% no grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores), 10% no grupo 4 (pessoal administrativo e similares), 10% no grupo 9 (trabalhadores não qualificados), 6,7% no grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio) e 3,3% no grupo 6 (agricultores e trabalhadores qualificados da Agricultura e Pescas).

O número de filhos varia entre 1 e 3 ($M=1.70$; $DP=0.702$). A maioria refere ter planeado e desejado a gravidez (70%), apenas 9 não desejou nem planeou a gravidez (30%). Durante a gravidez, 25 mães referem preocupações por si e pelo bebé (83,3%), 4 referem não ter tido qualquer preocupação (13,3%) e apenas uma refere preocupações apenas com o bebé.

A maioria refere a ausência de complicações médicas (56,7%) e 13 indicam algumas complicações médicas (43,3%).

O trabalho de parto ocorreu, maioritariamente, de forma induzida (73,3%). Apenas 8 mães referem um parto espontâneo (26,7%). Neste grupo, 24 partos foram cesarianas (80%), 5 normais (16,7%) e apenas 1 por fórceps (3,3%). A maioria das mães esteve internada durante 7 dias ou mais (90%). As restantes (10%) estiveram internadas 3 a 6 dias após o parto.

No pós-parto, a maioria refere a ausência de qualquer complicação médica (73,3%). Apenas 8 mães referem complicações médicas (26,7%), não especificadas. Quanto à saúde dos bebés, todo o grupo nasceu saudável, ou seja, sem complicações médicas apontadas pelas mães.

Todas as crianças prematuras estiveram internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), num período que variou entre 18 a 60 dias ($M=39.30$; $DP=14.879$). A separação das díades fez-se de

forma idêntica, 14 das mães não viram os filhos ao nascer (46,7%) e 17 viram os filhos antes deles serem encaminhados para a UCIN (53,3%).

Após a licença de parto, a maioria das crianças ficou ao cuidado da avó (43,3%), as restantes ficaram ao cuidado da mãe, creche ou ama (26,7%; 16,7% e 13,3% respectivamente).

A maioria das crianças frequentou o jardim-de-infância (83,3%), no período entre os 0 e os 36 meses ($M=9.67$; $DP=12.386$).

A maioria das mães refere que o nascimento deste filho alterou muito a sua vida (76,7%). As restantes afirmam que a sua vida pouco se alterou (23,3%).

Quanto à percepção materna do temperamento do filho, 14 das mães refere que o filho tem um temperamento difícil (46,7%). As restantes consideram um temperamento fácil ou ambas as coisas (36,7% e 16,7% respectivamente).

Desde o nascimento deste filho, a maioria das mães refere a ausência de acontecimentos de vida significativos (70%), assinalando as restantes separação/divórcio (23,3%), nascimento de filhos (3,3%) e doença (3,3%).

O grupo n_2 é constituído por 19 crianças do sexo feminino (63,3%) e 11 do sexo masculino (36,7%). A idade cronológica das crianças situa-se entre os 36 e os 45 meses ($M=40.60$; $DP=2.568$). As mães têm idades compreendidas entre os 29 e os 46 anos ($M=35.96$; $DP=4.168$). No que se refere ao nível de escolaridade, 18 concluíram o ensino superior (60%), 11 concluíram o ensino secundário (36,7%) e uma apenas concluiu o ensino primário (3,3%). A maioria vive em zona urbana (60%) e apenas 11 vivem em zona rural (40%).

Quanto ao estado civil, a maioria é casada (90%), as restantes vivem em união de facto (6,7%) ou são divorciadas (3,3%).

Relativamente ao nível sócio-económico, 23,3% incluem-se no grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas), 23,3% incluem-se no grupo 4 (pessoal administrativo e similares), 16,7% incluem-se no grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio), 16,7% incluem-se no grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores), 10% no grupo 7 (operários, artífices e trabalhadores similares), 6,7% no grupo 9 (trabalhadores não qualificados) e 3,3% no grupo 1 (quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa).

O número de filhos varia entre 1 e 3 ($M=1.64$; $DP=0.678$). A maioria refere ter planeado e desejado a gravidez (93,3%), apenas duas não desejaram nem planejaram a gravidez (6,7%). Durante a gravidez, 18 mães referem preocupações por si e pelo bebé (60%), 7 referem não ter tido qualquer preocupação (23,3%) e 5 referem preocupações apenas com o bebé (16,7%). A maioria refere a ausência de complicações médicas (73,3%) e 8 indicam algumas complicações médicas (26,7%) (hemorragias, náuseas e tonturas).

Quanto ao trabalho de parto, as grávidas distribuem-se similarmente entre o parto espontâneo (50%) e induzido (50%). Neste grupo, 17 dos partos foram normais (56,7%), 10 foram cesarianas (33,3%), os restantes foram por ventosa e fórceps (6,7% e 3,3% respectivamente). A maioria das mães esteve internada durante 3 dias (73,3%), as restantes estiveram internadas 4 a 6 dias (20%) ou mais de seis dias (6,7%), após o parto.

No pós-parto, a maioria refere a ausência de qualquer complicação médica (93,3%), apenas duas mães referem alguma

complicação médica (6,7%). Quanto à saúde dos bebês, todo o grupo nasceu saudável, ou seja, sem complicações médicas apontadas pelas mães.

Nenhuma das crianças nascidas a termo esteve internada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). A maioria das mães refere ter visto o filho logo após o parto (93,3%). Apenas duas mães referem não ter visto de imediato os filhos.

Após a licença de parto, as crianças ficaram ao cuidado da avó (40%), numa creche (36,7%), com a mãe (20%) e apenas uma criança ficou ao cuidado de uma empregada (3,3%).

A maioria das crianças frequentou o jardim-de-infância (96,7%) no período entre os 0 e os 40 meses ($M=25.32$; $DP=12.202$).

A maioria das mães refere que o nascimento deste filho alterou muito a sua vida (70%), as restantes afirmam que a sua vida se alterou pouco (26,7%) ou nada (3,3%).

Quanto à percepção materna do temperamento do filho, 23 mães não conseguiram definir o temperamento dos filhos (76,7%), optando por uma resposta de compromisso (ambas as coisas). As restantes indicaram um temperamento fácil (16,7%) ou difícil (6,7%).

Desde o nascimento deste filho, a maioria das mães não refere acontecimentos de vida significativos (63,3%), assinalando as restantes a existência de: conflito familiar (10%), doença (10%), nascimento de filhos (6,7%), dificuldades económicas (6,7%) e morte de alguém próximo (3,3%).

Os grupos n_1 e n_2 foram organizados tendo em consideração as variáveis “idade gestacional” e “peso à nascença”. Estas variáveis são critérios usados na definição e diferenciação dos grupos prematuro e termo. No grupo n_1 , a idade gestacional variou entre as 24 e as 36 semanas ($M=30.30$; $DP=2.718$). O peso dos bebês, ao nascer, variou entre as 650 e as 2010 gramas ($M=1198.33$; $DP=260.246$). No grupo n_2 , a idade gestacional variou entre as 37 e as 40 semanas ($M=38.46$; $DP=0.744$). O peso dos bebês, ao nascer, variou entre as 2645 e as 4180 gramas ($M=3319$; $DP=434.277$) (tabela 1).

Tabela 1: Média e desvio padrão do peso à nascença e idade gestacional dos dois grupos (prematuros e termo)

Variável Dependente	Grupo	N	Min	Máx	M	DP	Variância
Peso à nascença	Prematuros	30	650	2010	1198.33	260.246	67728.161
	Termo	30	2645	4180	3319.46	434.277	188596.92
Idade gestacional	Prematuros	30	24	36	30.30	2.718	7.390
	Termo	30	37	40	38.46	0.744	0.554

2. Diferenças entre grupos (n_1 vs. n_2)

Os grupos revelam-se equivalentes na sua distribuição em relação à idade das crianças em meses ($t(58)=-.155$, $p=.877$), idade mental ($t(58)=1.687$, $p=.097$), sexo ($\chi^2=.300$, $gl=1$, $p=.584$), idade das mães ($U=366.500$, $z=-1.238$, $p=.216$), estado civil ($\chi^2=6.629$, $gl=3$, $p=.085$) e nível socioeconómico ($\chi^2=9.990$, $gl=7$, $p=.189$). Os grupos não são equivalentes na sua distribuição em relação ao nível de instrução materna ($\chi^2=15.653$, $gl=3$, $p<.01$), existindo uma maior prevalência de

mães do grupo de termo com o ensino superior completo. Os grupos diferem em termos da zona de residência ($\chi^2=5.455$, $gl=1$, $p=.020$), vivendo os prematuros, maioritariamente, numa zona rural e as crianças de termo numa zona urbana.

Os grupos apresentam diferenças na sua constituição, como esperado, nas variáveis peso do bebé ($t(58)=-23.391$, $p<.001$), idade gestacional ($t(58)=-15.886$, $p<.001$), APGAR 5ºmin ($t(58)=-3.879$, $p<.001$) e tempo no infantário ($t(58)=-4.795$, $p<.001$). As crianças prematuras ($M=9.67$, $DP=12.386$) apresentam valores médios de frequência do infantário (em meses) significativamente inferiores às crianças de termo ($M=24.80$, $DP=12.061$) (tabela 2).

Tabela 2: Comparação dos grupos prematuros e termo (Teste t para amostras independentes)

	Teste-t para homogeneidade de médias				
	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i> (2-tailed)	<i>Mean</i> <i>Difference</i>	<i>Std. Error</i> <i>difference</i>
Peso à Nascimento	-23.391	58	.000	-2142.500	91.596
Idade Gestacional	-15.886	58	.000	-8.200	.516
APGAR 5ºmin.	-3.879	58	.000	-.900	.232
Tempo no Infantário	-4.795	58	.000	-15.133	3.156

Os grupos não se revelam equivalentes no planeamento da gravidez ($\chi^2=5.455$, $gl=1$, $p=.020$), existindo uma maior prevalência de mães do grupo de termo a terem planeado a gravidez. Os grupos diferem no parto ($\chi^2=14.310$, $gl=3$, $p=.030$), verificando-se uma maior frequência de mães do grupo de prematuros a referirem cesariana e as mães do grupo de termo a referirem o parto normal. Por esta razão, as mães dos prematuros apresentam uma maior prevalência de ausência de acompanhamento no parto ($\chi^2=32.538$, $gl=2$, $p<.001$).

As mães dos prematuros apresentam um internamento significativamente mais longo do que as mães do grupo de termo ($\chi^2=42.726$, $gl=2$, $p<.001$).

Os grupos não são equivalentes na posição da fratria, existindo uma maior prevalência de gémeos entre os prematuros ($\chi^2=14.954$, $gl=4$, $p<.01$). Existe uma maior prevalência de prematuros separados das mães, logo após o nascimento em comparação com as crianças de termo ($\chi^2=12.23$, $gl=1$, $p<0.01$). O grupo de termo apresenta uma maior prevalência de mães que amamentaram ao peito do que o grupo de prematuros ($\chi^2=6.648$, $gl=4$, $p=.010$).

O grupo de prematuros apresenta uma maior prevalência de mães que afirmam não sentirem mudanças nos hábitos alimentares ($\chi^2=12.014$, $gl=2$, $p<.01$), hábitos de sono ($\chi^2=16.985$, $gl=2$, $p<.001$), relação com o companheiro ($\chi^2=10.163$, $gl=2$, $p<.01$), relação com a família ($\chi^2=12.464$, $gl=2$, $p<.01$), relação com os amigos ($\chi^2=12.808$, $gl=2$, $p<.01$) do que o grupo de termo. O grupo de prematuros apresenta uma maior prevalência de mães que relatam muitas mudanças no seu estado emocional ($\chi^2=16.991$, $gl=2$, $p<.001$) do que o grupo de termo.

O grupo de prematuros não é equivalente ao grupo de termo em relação à percepção materna, existindo maior prevalência de mães de prematuros a caracterizá-los como difíceis ($\chi^2=22.821$, $gl=2$, $p<.001$) e a caracterizar-se a elas próprias como sobretudo mães ($\chi^2=7.925$, $gl=1$, $p<.01$). Por fim, o grupo de prematuros apresenta maior prevalência de conflito conjugal ($\chi^2=14.433$, $gl=6$, $p=.025$) do que o grupo de termo.

3. Instrumentos

Questionário sócio-demográfico (anexo A)

Este questionário, de auto-resposta, foi originalmente elaborado por Camarneiro (1998), tendo sido revisto considerando os objectivos específicos deste estudo. É constituído por 45 questões, agrupadas em quatro partes sob as designações de “Dados Pessoais da Mãe”, “Dados da Gravidez e do Parto”, “Dados do Bebê” e “Dados da Mãe após o Parto”.

A parte I foca-se nas variáveis específicas maternas: idade, nível de instrução, profissão, residência, estado civil e nível socioeconómico.

A Parte II remete para os dados da gravidez e do parto. A primeira questão investiga o número de filhos, com o objectivo de saber se é primípara ou múltipara. A segunda questão dirige-se ao problema do planeamento da gravidez. A terceira questão investiga a percepção das mães sobre as preocupações durante a gravidez. A questão seguinte prende-se com complicações médicas durante a gravidez. Seguem-se as questões relativas à duração da gravidez (em semanas); trabalho de parto e parto; internamento no parto e complicações no pós-parto. A última questão deste grupo remete para o acompanhamento no parto.

A parte III investiga os dados do bebé, no que se refere ao lugar na fratria, peso à nascença, APGAR (5º minuto), saúde física do bebé, separações da mãe, amamentação e internamento do bebé na UCIN (dias).

A parte IV é constituída por um conjunto de questões que remetem para os dados da mãe após o parto. Procura-se investigar a percepção da mãe acerca das mudanças ocorridas no seu estilo de vida e de saúde, após o nascimento do bebé. Incluem-se, ainda, neste campo questões relativas à percepção da mãe relativamente ao temperamento do filho bem como a outras qualidades.

Escala de Desenvolvimento de Griffiths (anexo B)

Esta é uma escala de origem inglesa, construída para avaliar o desenvolvimento mental das crianças dos zero aos oito anos de idade. Encontra-se dividida em dois sub-testes, um para crianças dos zero aos dois anos e outro para crianças dos três aos oito anos (Camarneiro, 1998).

A escala de Desenvolvimento de Griffiths tem sido utilizada para identificar dificuldades, o mais precocemente possível, na esperança de que ao facultar alguma forma de intervenção, os efeitos das alterações no desenvolvimento possam ser minorados. Efectivamente, o uso desta escala tem o intuito de, com base nas avaliações repetidas e regulares, permitir validar o resultado das intervenções realizadas (Smith *et al.*, 1980).

A escala dos três aos oito anos divide-se em seis subescalas: desenvolvimento locomotor; comportamento pessoal e social; audição e linguagem; coordenação olho-mão; realização e raciocínio

lógico/prático. A subescala locomotora avalia a motricidade global; a subescala pessoal-social avalia os progressos na área da autonomia e da socialização; a subescala audição e linguagem avalia a capacidade de atenção, compreensão oral e expressão verbal; a subescala coordenação olho-mão avalia a motricidade fina e a manipulação dos objectos; a subescala realização avalia a capacidade de planificação, realização e persistência nas acções; e a subescala raciocínio lógico avalia a capacidade simbólica e de abstracção (Griffiths, 1970).

A escala fornece quatro tipos de resultados: a) o quociente de desenvolvimento geral da criança; b) os quocientes parciais de desenvolvimento de cada subescala; c) a idade mental global da criança e d) as idades mentais para cada subescala. O valor esperado, ou médio, para o quociente de desenvolvimento geral é 100 (Griffiths, 1970).

BSI – Brief Symptoms Inventory (anexo C)

O BSI é composto por 53 itens de auto-relato, a partir de uma escala tipo Likert de 5 pontos. Os itens agrupam-se em 9 dimensões distintas: somatização (7 itens); obsessão-compulsão (6 itens); sensibilidade interpessoal (4 itens); depressão (6 itens); ansiedade (6 itens); hostilidade (5 itens); ansiedade fóbica (5 itens); ideação paranóide (5 itens); psicoticismo (5 itens). Outros 4 itens não se integram em nenhuma destas dimensões, mas foram mantidos por se referirem a sintomatologia relevante. O inventário permite obter três índices globais de perturbação: o Índice Geral de Sintomas (IGS= pontuação total/nº total de respostas), o Total de Sintomas Positivos (TSP= itens cotados > 0) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP= soma de todos os itens/itens cotados > 0). Usou-se a tradução e critérios de cotação estabelecidos para a população portuguesa por Canavarro (1999). Os estudos psicométricos revelam a boa fidelidade desta versão do inventário. Os estudos de validade da versão portuguesa do inventário revelam boa validade discriminativa (Canavarro, 1999).

Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos (anexo D)

Esta escala foi adaptada da *Maternal Child-Care Attitudes and Feelings – EMKK*, de Codrenau (1984, cit. in Pimentel, 1997). É uma escala de auto-avaliação, abrangendo nove dimensões e construída para avaliar os sentimentos maternos e as atitudes educativas de mães de bebés e crianças em idade pré-escolar. Pimentel (1997) adaptou cinco destas escalas: A – Satisfação com a criança: analisa sentimentos de eficácia, interesse e afecto pelo bebé (itens: 1, 10, 17, 27, 34 e 35); B – Sobrecarga: descreve a impaciência ou mesmo raiva resultante da exaustão materna perante as dificuldades de um bebé difícil de tratar (itens: 2, 7, 11, 18, 21, 28 e 31); C – Frustração em relação ao papel maternal: analisa sentimentos de desencanto perante o papel maternal, os cuidados do dia-a-dia com o bebé (itens: 3, 8, 12, 14, 22, 25, 29, 30 e 32); D – Ansiedade excessiva: descreve factores de superprotecção ansiosa, medo irracional do que possa acontecer ao bebé ou dores que a própria mãe lhe possa provocar (itens: 5, 15, 23, 26 e 33) e E – Tendência depressiva: descreve fundamentalmente sentimentos de sobrecarga emocional, tensão, dúvidas sobre as suas capacidades maternas e sentimentos de isolamento (itens: 4, 6, 9, 13, 16, 19, 20, 24, 36).

Escala de Auto-Estima Materna (anexo E)

Esta escala foi construída a partir do “*Maternal Self-Report Inventory*” de Shea e Tronick (1988, cit. in Pimentel, 1997). É uma escala de auto-resposta, abrange sete dimensões e foi construída para avaliar o estado emocional das mães. A versão usada é constituída por 26 itens e apenas quatro dimensões, a saber: A – Competência para tratar do bebé: analisa a percepção da mãe relativamente à sua capacidade ou dificuldade de lidar com o filho, avalia os sentimentos de competência e adequação como mãe (itens: 1, 3, 6, 9, 10, 11, 15, 18, 20 e 22); B – Capacidade e preparação geral para a função materna: avalia os sentimentos de prazer/desprazer causados pelos cuidados com o bebé (itens: 5, 12, 13, 19, 24, 25 e 26); C – Aceitação do bebé: avalia a adaptação conseguida pelas mães na adaptação ao bebé real, em confronto com as fantasias e expectativas que sobre ele fizeram durante a gravidez (itens: 2, 7, 8, 14, 17 e 23); D – Relação esperada com o bebé: analisa a adaptação da mãe ao bebé real em confronto com o bebé imaginário (itens: 4, 16 e 21).

Escala de ansiedade de separação materna (anexo F)

A Escala de Ansiedade de Separação Materna (Hock *et al.*, 1989) é composta por 35 itens de auto-resposta, de acordo com uma escala de tipo Likert de 5 pontos.

Este instrumento procura aceder aos sentimentos e atitudes maternas face à separação, nomeadamente, no que diz respeito a três dimensões: a ansiedade de separação materna (itens: 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 32 e 35), a percepção materna dos efeitos da separação na criança (itens: 5, 11, 16, 21, 26, 31 e 34) e preocupações maternas dos efeitos da separação associadas ao trabalho (itens: 4, 10, 15, 20, 25 e 33).

4. Procedimentos

O processo de selecção da amostra e aplicação dos instrumentos decorreu entre 07 de Outubro de 2007 e 21 de Abril de 2008. No que se refere ao procedimento de selecção das díades da amostra n_1 , na Maternidade Bissaya Barreto, foi solicitado ao conselho de ética a autorização para a realização da investigação, tendo sido obtido o consentimento institucional. A aplicação dos instrumentos foi precedida por uma breve entrevista, na qual o investigador se apresentava às díades, explicando de seguida os objectivos da investigação e averiguando a sua disponibilidade para participar na investigação. Caso a mãe estivesse interessada em participar, eram aplicados, de imediato, os instrumentos. As mães preencheram os instrumentos durante a avaliação das crianças, de forma a evitar a sua intrusividade no desempenho das crianças. No caso da selecção das díades da amostra n_2 , as mães foram questionadas sobre a duração da gravidez (termo/pré-termo). O parto prematuro constituiu-se como critério de exclusão das díades. Posteriormente, era solicitado às mães a leitura do pedido de consentimento informado (anexo G) e a sua assinatura, seguida de um breve agradecimento pela participação no projecto e de um esclarecimento relativo à confidencialidade e anonimato das respostas. As crianças foram avaliadas no próprio jardim-de-infância, sem a presença das mães.

IV - Resultados

O primeiro objectivo do presente estudo passou pela análise das implicações da prematuridade no desenvolvimento da criança, tomando como referência o grupo de termo. Tal análise implicou comparações entre os grupos prematuros e de termo, relativamente às diversas dimensões do desenvolvimento, operacionalizadas através da escala de desenvolvimento de *Griffiths*.

A comparação dos grupos, nas diferentes dimensões avaliadas, foi precedida pela análise dos pressupostos de homogeneidade das variâncias (teste de Levene) e normalidade das distribuições (teste de Shapiro-Wilk). Quando os pressupostos foram cumpridos ($p > .05$), usou-se uma técnica paramétrica, o teste *t*-Student para amostras independentes; quando os pressupostos foram violados ($p < .05$), usou-se uma técnica não paramétrica, o teste *U* de Mann-Whitney.

A análise dos pressupostos para a escala pessoal-social não revelou qualquer violação no que respeita à homogeneidade das variâncias ($F=3.267$, $p=.076$) e à normalidade das distribuições amostrais, quer do grupo de prematuros ($S-W(30)=0.972$, $p=.592$) quer do grupo de termo ($S-W(30)=0.958$, $p=.273$, $p > .05$). Os pressupostos foram, igualmente, assegurados para a escala coordenação olho-mão ($F=0.624$, $p=.433$; $S-W(30)=0.988$, $p=.974$; $S-W(30)=0.960$, $p=.305$). A comparação dos grupos, em termos desenvolvimentais, passou pelo cálculo de múltiplos testes *t*-Student e testes *U* de Mann-Whitney. Este procedimento aumenta a taxa de erro por comparação, ou seja, aumenta a probabilidade de cometer um erro de tipo I (rejeitar erradamente a hipótese nula) numa dada comparação. Quanto maior o número de comparações, maior a probabilidade de cometer este tipo de erro. Para colmatar esta limitação e controlar a taxa de erro por família de comparação, dividiu-se a taxa de erro por comparação pelo número de comparações a realizar ($\alpha/7=.007$), de forma a manter a taxa de erro por família de comparação a um nível de .05.

Tabela 3: Média e desvio padrão das escalas de desenvolvimento dos dois grupos (prematuros e termo)

Variável	Prematuros		Termo	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
ELOC	107.323	10.359	106.623	6.196
EPS	122.780	11.393	106.667	7.412
EAL	107.443	17.602	109.470	7.778
ECOM	103.223	10.149	102.973	8.550
ER	112.597	11.176	104.483	8.103
ERP	100.257	12.518	98.090	8.213
QG	108.980	9.215	104.743	6.326

ELOC: escala locomotora; EPS: escala pessoal-social; EAL: escala audição-linguagem; ECOM: escala coordenação olho-mão; ER: escala de realização; ERP: escala de raciocínio prático; QG: quociente geral.

Os prematuros apresentam valores médios de desenvolvimento pessoal-social significativamente superiores aos das crianças do grupo de termo ($t(58)=6.494$, $p < .001$). A magnitude das diferenças entre as médias revelou-se grande ($e^2=.435$) (Cohen, 1988). O cálculo do teste *U* de Mann-Whitney, para comparar os resultados desenvolvimentais dos grupos, revelou diferenças estatisticamente significativas entre os

grupos na escala de realização ($U=198.500$, $z=-3.721$, $p<.001$), revelando o grupo de prematuros resultados médios superiores aos do grupo de termo (tabela 3). O grupo de pertença explica 15% da variância registada na escala de realização (efeito grande) (Cohen, 1988). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na escala locomotora ($U=416.00$, $z=-0.503$, $p=.615$), audição-linguagem ($U=433.500$, $z=-0.244$, $p=.807$), coordenação olho-mão ($t(58)=0.103$, $p=.918$), raciocínio prático ($U=336.500$, $z=-1.680$, $p=.093$) e quociente geral ($U=311.000$, $z=-2.056$, $p=.040$).

De forma a obter um grupo de prematuros mais homogéneo, procedeu-se à constituição de três subgrupos de prematuros, usando a variável idade gestacional (duração da gravidez) como critério. O grupo severo é constituído pelos prematuros que nasceram antes das 28 semanas de gestação ($n=4$); o grupo moderado, entre as 28 e 31 semanas ($n=15$) e o grupo leve, entre as 32 e as 36 semanas de gestação ($n=11$) (Rosenblatt, 1997).

O estudo das diferenças desenvolvimentais entre estes três subgrupos de prematuros passou pela realização de uma Análise da Variância (ANOVA) para as escalas locomotora, pessoal-social, coordenação olho-mão, realização e quociente geral (pressupostos cumpridos, $p>.05$). No entanto, não se verificou a homogeneidade das variâncias para as escalas de audição-linguagem ($F=3.829$, $p=.034$) e raciocínio prático ($F=3.634$, $p=.040$). Para estas últimas medidas realizou-se uma técnica não paramétrica, a Anova Kruskal-Wallis para comparar os três grupos. Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de prematuros nas escalas audição-linguagem ($\chi^2=10.505$, $gl=2$, $p<.01$), escala de raciocínio prático ($\chi^2=7.765$, $gl=2$, $p=.021$), e quociente geral [$F(2,27)=3.846$, $p=.034$]. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas restantes escalas.

Tabela 4: Média e desvio padrão das escalas de desenvolvimento dos três grupos: severo, moderado e leve

	Severo		Moderado		Leve	
	M	DP	M	DP	M	DP
ELOC	104.000	6.499	108.930	12.328	106.527	8.801
EPS	114.600	10.409	122.127	12.683	126.645	8.652
EAL	88.300	20.589	103.453	17.048	119.845	4.984
ECOM	95.775	10.625	103.607	11.026	105.409	8.183
ER	107.675	5.915	111.107	14.561	116.418	5.082
ERP	91.000	11.420	97.267	13.928	107.700	5.921
QG	100.750	8.308	107.680	10.297	113.745	4.745

ELOC: escala locomotora; EPS: escala pessoal-social; EAL: escala audição-linguagem; ECOM: escala coordenação olho-mão; ER: escala de realização; ERP: escala de raciocínio prático; QG: quociente geral.

Para compreender a localização das diferenças de quociente geral entre os grupos, efecturam-se comparações múltiplas, através do teste Tukey HSD (tabela 5). As diferenças, ao nível do quociente geral, verificam-se entre os grupos severo e leve ($p=.035$).

Tabela 5: Comparações Múltiplas (Tukey HSD)

Grupo (I)	Grupo (J)	Quociente geral	
		(I - J)	Sig.
Severo	Moderado	-6.930	.325
	Leve	-12.995	.035*
Moderado	Leve	-6.065	.184

* a diferença entre as médias é significativa a um nível de .05

Para analisar mais pormenorizadamente os grupos que diferem de forma significativa nas escalas audição-linguagem e raciocínio-prático, e na ausência de comparações múltiplas *a posteriori*, optou-se por calcular *U*'s de Mann-Whitney entre os grupos, dois a dois ($\alpha/3=.017$). As diferenças na escala audição-linguagem verificam-se entre os grupos severo e leve ($U=1.000$, $z=-2.754$, $p<.01$) e entre os grupos moderado e leve ($U=34.000$, $z=-2.522$, $p=.012$). As diferenças na escala de raciocínio prático observaram-se entre os grupos severo e leve ($U=2.000$, $z=-2.618$, $p<.01$). Em todas estas dimensões do desenvolvimento, o grupo leve apresenta resultados médios superiores (tabela 4).

De seguida, procedeu-se à análise das diferenças de desenvolvimento entre o grupo de termo e cada um dos três subgrupos de prematuros. Esta análise implicou comparações dos grupos dois a dois, sendo necessário reduzir o risco de erro de tipo I ($\alpha/7=.007$).

Na comparação dos grupos severo e de termo, a análise dos pressupostos evidenciou que apenas a escala de audição-linguagem violou o pressuposto de homogeneidade das variâncias ($F=5.680$, $p=.023$), sendo mais adequado o recurso a uma técnica não paramétrica, o teste *U* de Mann-Whitney. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo severo e o grupo de termo, relativamente à escala de audição-linguagem ($U=22.000$, $z=-2.036$, $p=.042$), mas a medida do efeito é grande ($\varepsilon^2=.34$) (Cohen, 1988). As crianças do grupo severo apresentam resultados médios inferiores aos das crianças do grupo de termo (tabela 6). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos nas outras escalas de desenvolvimento (pressupostos cumpridos).

Tabela 6: Média e desvio padrão das escalas de desenvolvimento dos grupos: severo e termo

Variável Dependente	Severo (a)		Termo (b)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
ELOC	104.000	6.499	106.623	6.196
EPS	114.600	10.409	106.667	7.412
EAL	88.300	20.589	109.470	7.778
ECOM	95.775	10.625	102.973	8.550
ER	107.675	5.915	104.483	8.103
ERP	91.000	11.420	98.090	8.213
QG	100.750	8.308	104.743	6.326

(a) n=4; (b) n=30

ELOC: escala locomotora; EPS: escala pessoal-social; EAL: escala audição-linguagem; ECOM: escala coordenação olho-mão; ER: escala de realização; ERP: escala de raciocínio prático; QG: quociente geral.

As comparações entre os grupos moderado e de termo evidenciaram diferenças estatisticamente significativas no desenvolvimento pessoal-social ($U=55,00$, $z=-4,098$, $p<.001$). As crianças do grupo moderado apresentam resultados médios significativamente superiores aos das crianças do grupo de termo (tabela 7) na escala pessoal-social [pressuposto de homogeneidade das variâncias não cumprido ($F=4,199$, $p=.047$)]. A magnitude das diferenças observadas revelou-se grande ($\varepsilon^2=.38$) (Cohen, 1988). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes escalas de desenvolvimento.

Tabela 7: Média e desvio padrão das escalas de desenvolvimento dos grupos moderado e termo

Variável Dependente	Moderado (a)		Termo (b)	
	M	DP	M	DP
ELOC	108.793	12.328	106.623	6.196
EPS	122.127	12.683	106.667	7.412
EAL	103.453	17.048	109.470	7.778
ECOM	103.607	11.026	102.973	8.550
ER	111.107	14.561	104.483	8.103
ERP	97.267	13.928	98.090	8.213
QG	107.680	10.297	104.743	6.326

(a) n=15; (b) n=30

ELOC: escala locomotora; EPS: escala pessoal-social; EAL: escala audição-linguagem; ECOM: escala coordenação olho-mão; ER: escala de realização; ERP: escala de raciocínio prático; QG: quociente geral.

Tabela 8: Média e desvio padrão das escalas de desenvolvimento dos grupos leve e termo

Variável Dependente	Leve (a)		Termo (b)	
	M	DP	M	DP
ELOC	106.527	8.801	106.623	6.196
EPS	126.645	8.652	106.667	7.412
EAL	119.845	4.984	109.470	7.778
ECOM	105.409	8.183	102.973	8.550
ER	116.418	5.082	104.483	8.103
ERP	107.700	5.921	98.090	8.213
QG	113.745	4.745	104.743	6.326

(a) n=11; (b) n=30

ELOC: escala locomotora; EPS: escala pessoal-social; EAL: escala audição-linguagem; ECOM: escala coordenação olho-mão; ER: escala de realização; ERP: escala de raciocínio prático; QG: quociente geral.

As comparações entre os grupos leve e de termo evidenciaram diferenças estatisticamente significativas ao nível das escalas: pessoal-social ($t(39)=7,315$, $p<.001$), audição-linguagem ($t(39)=4,107$, $p<.001$), realização ($t(39)=4,547$, $p<.001$), raciocínio prático ($t(39)=3,545$, $p<.01$) e quociente geral ($t(39)=4,284$, $p<.001$). Em todas estas

dimensões, as crianças do grupo leve apresentam resultados médios significativamente superiores aos das crianças de termo (pressupostos cumpridos) (tabela 8). O grupo de pertença explica 58% da variância registada na escala pessoal-social, 30% na escala audição-linguagem, 35% na escala de realização, 24% na escala de raciocínio prático e 32% da variância registada no quociente geral (Cohen, 1988).

O segundo objectivo do estudo prendeu-se com as implicações da prematuridade no estado emocional materno. De seguida, apresentam-se os resultados obtidos em cada um dos instrumentos aplicados às mães.

Em termos de sintomatologia psicopatológica, avaliada pelo BSI-*Brief Symptom Inventory*, a comparação dos grupos passou pelo cálculo de múltiplos testes *t*-Student e testes *U* de Mann-Whitney. Este procedimento aumenta a taxa de probabilidade de erro de tipo I por família de comparação, ou seja, rejeitar erradamente a hipótese nula. Para colmatar esta limitação, dividiu-se o nível de significância pelo número de comparações realizadas ($\alpha/12=.004$), de forma a manter o nível de significância de .05 por família de comparação.

Apenas a dimensão Obsessões-Compulsões cumpriu os pressupostos de homogeneidade das variâncias ($F=0.070$, $p=.792$) e normalidade das distribuições amostrais ($S-W(30)=0.955$, $p=.230$; $S-W(30)=0.964$, $p=.394$, $p>.05$). Para perceber se existiam diferenças entre os dois grupos, relativamente à dimensão Obsessões-Compulsões, realizou-se um teste *t*-Student para amostras independentes. O grupo de prematuros apresentou valores médios significativamente superiores ($M=1.338$, $DP=0.565$) aos do grupo de termo ($M=0.900$, $DP=0.504$; $t(58)=3.176$, $p<.01$) (tabela 7). A magnitude das diferenças entre as médias revelou-se grande ($\epsilon^2=.15$) (Cohen, 1988).

Tabela 9: Média e desvio padrão das dimensões do BSI dos grupos prematuros e termo

Variável Dependente	Prematuros		Termo	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
IGS	1.034	0.567	0.583	0.385
TSP	31.80	12.944	21.97	12.087
ISP	1.65	0.390	1.346	0.240
Somatização	0.985	0.878	0.433	0.485
Obsessões-compulsões	1.338	0.565	0.900	0.504
Sensibilidade Interpessoal	1.058	0.765	0.558	0.536
Depressão	0.967	0.681	0.517	0.480
Ansiedade	1.056	0.705	0.661	0.502
Hostilidade	1.060	0.819	0.680	0.432
Ansiedade fóbica	0.533	0.494	0.280	0.374
Ideação paranóide	1.233	0.819	0.740	0.538
Psicoticismo	0.787	0.691	0.400	0.364

IGS: índice geral de sintomas; TSP: total de sintomas positivos; ISP: índice de sintomas positivos

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos índices gerais: índice geral de sintomas ($U=235.00$, $z=-3.181$, $p=.001$), total de sintomas positivos ($U=248.500$, $z=-2.982$, $p=.003$) e índice de sintomas positivos ($U=227.000$, $z=-3.298$, $p=.001$).

A magnitude das diferenças revelou-se grande para o índice geral de sintomas ($\varepsilon^2=.16$), total de sintomas positivos ($\varepsilon^2=0.14$) e índice de sintomas positivos ($\varepsilon^2=.19$) (Cohen, 1988). O grupo de prematuros apresenta resultados médios superiores aos do grupo de termo (tabela 9).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de prematuros e o de termo nas dimensões: hostilidade ($U=330.500$, $z=-1.782$, $p=.075$), somatização ($U=257.500$, $z=-2.864$, $p=.004$), sensibilidade interpessoal ($U=273.500$, $z=-2.641$, $p=.008$), depressão ($U=274.000$, $z=-2.621$, $p=.009$), ansiedade ($U=297.000$, $z=-2.273$, $p=.023$), ansiedade fóbica ($U=275.000$, $z=-2.648$, $p=.008$), ideação paranóide ($U=285.000$, $z=-2.451$, $p=.014$) e psicoticismo ($U=299.000$, $z=-2.261$, $p=.024$).

Em termos de atitudes e sentimentos maternos, avaliados pela EMKK - Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos, a comparação dos grupos passou pelo cálculo de múltiplos testes *t*-Student e testes *U* de Mann-Whitney. Este procedimento aumenta a taxa de erro por comparação, ou seja, aumenta a probabilidade de cometer um erro de tipo I (rejeitar erradamente a hipótese nula) numa dada comparação. Quanto maior o número de comparações, maior a probabilidade de cometer este tipo de erro. Para colmatar esta limitação, dividiu-se nível de significância pelo número de comparações realizadas ($\alpha/5=.01$), de forma a manter o nível de significância de .05 por família de comparação.

Apenas a dimensão ansiedade excessiva cumpriu os pressupostos de homogeneidade das variâncias ($F=1.785$, $p=.187$) e normalidade das distribuições ($S-W(30)=0.933$, $p=.058$; $S-W(30)=0.964$, $p=.387$, $p>.05$). O grupo de prematuros não apresentou diferenças estatisticamente significativas ($M=13.900$, $DP=3.968$) do grupo de termo ($M=16.067$, $DP=3.393$; $t(58)=-2.273$, $p=.027$).

As restantes dimensões não cumpriram os pressupostos de homogeneidade das variâncias e normalidade das distribuições ($p<.05$). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de prematuros e o de termo na dimensão tendência depressiva ($U=232.00$, $z=-3.230$, $p=.001$). O grupo de pertença explica 14% (efeito grande) da variância registada na tendência depressiva (Cohen, 1988). O grupo de prematuros apresenta resultados médios inferiores aos do grupo de termo (tabela 10). Nesta escala, quanto menor a pontuação menos adaptados os comportamentos e sentimentos maternos. Assim, as mães dos prematuros apresentam maior tendência depressiva comparativamente com as mães de crianças nascidas a termo.

Tabela 10: Média e desvio padrão das dimensões da escala de Atitudes e Sentimentos Maternos dos grupos prematuros e termo

Variável Dependente	Prematuros		Termo	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Satisfação com a criança	25.333	2.669	25.467	1.833
Sobrecarga	25.567	3.025	25.833	3.415
Frustração com papel maternal	38.000	3.601	39.500	3.821
Ansiedade excessiva	13.900	3.968	16.067	3.393
Tendência depressiva	29.933	6.607	36.400	9.309

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas dimensões: satisfação com a criança ($U=426.500$, $z=-0.357$, $p=.721$), sobrecarga ($U=439.00$, $z=-0.164$, $p=.870$) e frustração em relação ao papel maternal ($U=338.000$, $z=-1.661$, $p=.097$).

O grupo de prematuros e de termo apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente à auto-estima materna ($\alpha/4=.0125$). O grupo de prematuros apresentou valores de aceitação do bebé inferiores aos do grupo de termo ($U=197.00$, $z=-3.757$, $p<.001$) (tabela 11). A magnitude das diferenças revelou-se média ($\varepsilon^2=.10$) (Cohen, 1988). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: capacidade de tratar do bebé ($t(58)=-0.351$, $p=.727$), capacidade e preparação geral para a função materna ($U=358.500$, $z=-1.362$, $p=.173$) e relação esperada com o bebé ($U=407.500$, $z=-.656$, $p=.512$).

Tabela 11: Média e desvio padrão das dimensões da escala de Auto-estima Materna dos grupos prematuros e termo

Variável Dependente	Prematuros		Termo	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Capacidade de tratar do bebé	43.033	4.559	43.400	3.460
Capacidade e preparação para a função materna	30.800	2.941	31.733	2.258
Aceitação do bebé	23.800	3.263	28.733	10.024
Relação esperada com o bebé	13.600	1.429	13.800	1.518

Quanto às dimensões avaliadas pela Escala de Ansiedade de separação ($\alpha/3=.017$), os pressupostos de homogeneidade das variâncias e normalidade das distribuições não foram cumpridos ($p<.05$) para nenhuma das dimensões. Os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas de ansiedade de separação materna ($U=389.00$, $z=-0.903$, $p=.367$), percepção dos efeitos da separação ($U=345.500$, $z=-1.553$, $p=.120$) e preocupações acerca da separação provocada pelo emprego ($U=372.500$, $z=-1.152$, $p=.249$). Em todas as dimensões da escala de ansiedade de separação materna, o grupo de prematuros apresenta resultados médios superiores aos do grupo de termo (tabela 12).

Tabela 12: Média e desvio padrão das dimensões da escala de Ansiedade de Separação Materna dos grupos prematuros e termo

Variável Dependente	Prematuros		Termo	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Ansiedade de separação materna	70.733	16.737	67.033	9.485
Percepção dos efeitos da separação	14.400	3.379	13.00	3.140
Preocupação com a separação provocada pelo emprego	18.100	3.881	17.467	4.305

A relação entre desenvolvimento infantil e a ansiedade de separação materna foi estudada através de um coeficiente de correlação de Pearson. Verificou-se uma relação fraca e não significativa entre estas duas variáveis ($r=-.049$, $n=60$, $p=.761$). A ansiedade de separação materna correlacionou-se negativa e significativamente com as

variáveis idade da criança ($r=-.301$, $n=60$, $p=.020$) (tabela 13) e número de filhos ($r=-.261$, $n=60$, $p=.044$) (tabela 14). Quanto maior a idade da criança e maior o número de filhos, menor a ansiedade de separação materna.

Tabela 13: Coeficiente de correlação entre a ansiedade de separação materna e a idade da criança

Model	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² Ajustado	Erro padrão das estimativas
1	-.301(a)	.090	.075	13.098

(a) Predictors: (Constant), IC

Tabela 14: Coeficiente de correlação entre a ansiedade de separação materna e o número de filhos

Model	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² Ajustado	Erro padrão das estimativas
1	-.261(a)	.068	.052	13.257

(a) Predictors: (Constant), NF

V - Discussão

Em termos desenvolvimentais, os grupos em estudo apresentam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões pessoal-social e realização. Os prematuros apresentam resultados médios superiores aos das crianças de termo nestas dimensões, nomeadamente em termos de competências sociais, autonomia e capacidades de manipulação, planificação, rapidez de trabalho, precisão e persistência nas ações.

De acordo com Bradley e colaboradores (1994), um ambiente familiar adequado, que inclui factores como a responsividade parental, a aceitação do comportamento da criança, a disponibilidade de brinquedos, a estimulação cognitiva e envolvimento dos pais no processo de aprendizagem da criança, pode reduzir ou compensar os efeitos adversos do risco perinatal, promovendo o aparecimento de sinais precoces de resiliência na criança. O desenvolvimento é um processo contínuo, no qual as condições do meio educacional, psicológico e social podem compensar as dificuldades iniciais, de modo a que o risco biológico não venha necessariamente a traduzir-se em perturbações ou atraso do desenvolvimento (Wilson, 1985).

Brazelton e Cramer (1989, p.218) referem: “o estudo da capacidade do prematuro para se organizar na interação com o adulto que cuida dele, tem-nos permitido compreender melhor os processos normais da recuperação do trabalho de parto, do nascimento, e da espantosa capacidade de recuperação de lesões ao nível do sistema nervoso em todos os recém-nascidos”.

A presença de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos pode ser explicada por um efeito compensatório dos pais das crianças prematuras. Este efeito compensatório conjuga-se com as limitações do próprio instrumento, na medida em que a escala pessoal-social se foca no relato subjectivo das mães (“usa colher e garfo”, “brinca com outras crianças”, “ajuda a pôr a mesa”, “calça meias e sapatos”, “despe-se sozinho”).

Os prematuros tendem a ser percebidos como mais frágeis e

menos activos, levando os pais a compensá-los, sendo mais activos e hiperestimulando as crianças (Crnic *et al.*, 1983). Uma estimulação adequada pode contrariar as consequências de uma perturbação neurológica precoce (Gorski, 1990). Na amostra em estudo, as mães dos prematuros descreveram-se sobretudo como mães e descreveram os filhos como crianças difíceis, tal como esperado (Linhares *et al.*, 2001). Parece existir um sobreenvolvimento e sobreinvestimento no filho, bem como uma dedicação exclusiva ao papel maternal, de modo a compensar as dificuldades iniciais e a reparar a ferida narcísica provocada pelo nascimento prematuro (Lebovici, 1987).

A superioridade dos prematuros em termos desenvolvimentais pode estar relacionada com uma atitude defensiva das mães, através da negação (Linhares *et al.*, 2000). A incerteza quanto à evolução, ritmo e futuro da criança gera angústia (Barros, 2001). Os marcadores do desenvolvimento (como por exemplo: sentar-se, andar, vestir-se sozinho, falar, autonomizar-se) vão sendo vigiados com a máxima ansiedade, ou então a sua ausência vai ser negada para evitar o sofrimento (Bayle, 2006). De acordo com Laucht e colaboradores (1997), mães de crianças prematuras e com muito baixo peso demonstraram ter maior sensibilidade aos sinais comunicativos do bebé e apresentaram alto nível de responsividade. Na situação de interacção foram mais intrusivas, a fim de tentar compensar a percepção da vulnerabilidade biológica da criança, quando comparadas com mães de crianças nascidas a termo (Sobotková, Dittrichová, & Mandys, 1996).

A negação das dificuldades e limitações pode estar relacionada com o evitamento da desidealização, ou seja, o confronto com o filho real. As mães do grupo de prematuros negam mudanças ao nível dos hábitos alimentares, hábitos de sono, relação com o companheiro, relação com a família e relação com os amigos, quando questionado por entrevista estruturada. No entanto, as mães dos prematuros apresentam maior sintomatologia no BSI do que as mães das crianças de termo. Parece existir um efeito de normalidade, ou seja, as mães procuram dar uma imagem normal e saudável dos filhos.

Estas diferenças entre os grupos de crianças podem estar, ainda, relacionadas com um efeito terapêutico, ou seja, o desenvolvimento de competências parentais durante o internamento na UCIN. Na UCIN da Maternidade Bissaya Barreto (MBB), observa-se um trabalho em equipa, no sentido de apoiar e facilitar a relação precoce mãe-bebé e desenvolver atitudes parentais adequadas e de responsabilização dos pais pelos cuidados ao filho. Goldberger (1990, p.205) afirma: “para os bebés que estão particularmente em risco, a maximização da sua motivação para a aprendizagem activa e o sentido de competência e de controlo dos pais ultrapassa qualquer outro programa de estimulação”. Na UCIN da Maternidade Bissaya Barreto (MBB) procura-se criar um ambiente de segurança, dar informação e permitir a discussão de dúvidas e questões dos pais, facilitar a expressão emocional (Serviço de Psicologia da Unidade de Intervenção Precoce), criar oportunidades de aprendizagem e de ensaio de atitudes parentais concretas, oferecer modelos de significação alternativas e ensaiar formas de resolução de problemas futuros (recurso a outros casos e testemunhos). As crianças prematuras nascidas na MBB são devidamente acompanhadas na Consulta de Pediatria, com periódicas consultas de follow-up.

Uma das técnicas mais conhecidas de intervenção precoce com os prematuros é o Método Canguru, assim designado devido à semelhança com o comportamento maternal do canguru. Isto é, o bebé

premature é colocado numa bolsa formada junto ao peito materno pela própria pele da mãe e as roupas que ela veste; ali, o bebê fica em contacto com a pele materna, com o seio, podendo mamar, aquecendo-se com o seu calor, embalando-se ouvindo o batimento cardíaco e a voz materna e cheirando-a. Este contacto tem benefícios tanto a nível fisiológico como afectivo. Em termos fisiológicos, há uma melhoria da oxigenação, uma maior estabilidade autonómica e redução da agitação e movimentos bruscos, permitindo uma desejada aquiescência da actividade motora. O pegar no bebê provoca a sensação de preenchimento e o contacto pele-a-pele induz uma estimulação com repercussões ao nível dum aumento de peso e conseqüente desenvolvimento e permite a reorganização progressiva do Sistema Nervoso Central. Para além disto, este método favorece o aparecimento de sentimentos positivos nos pais, como a esperança, o desejo de cuidar do bebê, auto-confiança para cuidar do bebê, perceber os acontecimentos da prematuridade como não sendo um fracasso pessoal. O Método Canguru possibilita o estabelecimento de laços vincutivos, envolve os pais em todos os procedimentos da UCIN, reduz a sua ansiedade e stress, potenciais inibidores do processo vincutivo (Feliciano, 2007).

Segundo Klaus e Kennell (1979/1982, p.147), “o acto de manter juntos mãe e filho, logo após o nascimento, é, provavelmente, capaz de iniciar e aumentar o efeito de conhecidos mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos e comportamentais, que ajudam a aproximar os pais do seu filho”.

A relação entre a mãe e o bebê concretiza-se numa comunicação emocional, através de um sistema de regulação mútua com adaptações constantes. A sensibilidade e a disponibilidade materna têm um lugar preponderante, pois vão favorecer a adequação de respostas aos sinais emitidos pelo bebê e vão possibilitar o ultrapassar de eventuais dificuldades interactivas (Sousa, 2004). O contacto corpo-a-corpo é fundamental na relação precoce mãe-bebê, pois o corpo é o primeiro lugar de simbolização e metaforização; o corpo é um espaço de pluralidade de representações (Sá, 2001)

Podemos apontar o percurso de aprendizagem mútua de 3 anos como promotor de sincronia entre a mãe e a criança, que se traduz na adequação dos comportamentos maternos às necessidades do filho (Field, 1977; Lester, Hoffman, & Brazelton, 1985; Levy-Shiff *et al.*, 1989). Durante esta aprendizagem, parece existir um efeito de contrariar as limitações causadas pela prematuridade e uma procura de normalidade e equiparação às crianças de termo (rivalidade).

A ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas restantes escalas, tal como evidenciado pelos outros resultados aqui obtidos, pode ser explicado pelas qualidades do ambiente familiar e educacional (nível socioeconómico médio, bom funcionamento familiar, nível educacional mediano, elevada frequência de infantário e cuidado parental consistente). Segundo Barros (2001), os problemas perinatais graves só estão associados a dificuldades cognitivas no fim da infância, quando foram acompanhadas de condições ambientais e educacionais inadequadas durante o desenvolvimento.

O estudo das diferenças desenvolvimentais entre os três subgrupos de prematuros evidenciou diferenças estatisticamente significativas nas escalas audição-linguagem, raciocínio prático e quociente geral. Os grupos severo e leve apresentaram diferenças

estatisticamente significativas nas escalas audição-linguagem, raciocínio prático e quociente geral. Os grupos moderado e leve apresentaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da audição-linguagem. O grupo severo, pelas suas características neurológicas e médicas, apresenta maiores dificuldades e limitações nas áreas do desenvolvimento antes apontadas. As crianças do grupo severo apresentam uma idade gestacional e corrigida inferior, APGAR mais baixo, menor peso à nascença, maiores complicações médicas (particularmente, cardio-respiratórias) e necessidade de um internamento mais longo.

Os grupos severo e de termo não apresentaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à escala de audição-linguagem, mas a medida do efeito é grande. As crianças do grupo severo apresentaram, tal como esperado (Rose, 1983; Rieck *et al.*, 1996), maiores atrasos no desenvolvimento da linguagem, vocabulário, capacidade de atenção, compreensão oral e expressão verbal em comparação com os pares do grupo de termo. Os grupos moderado e de termo apresentaram diferenças significativas no desenvolvimento pessoal-social. As crianças do grupo moderado apresentam maiores competências e progressos na área da autonomia e da socialização do que os seus pares do grupo de termo. Os grupos leve e de termo diferiram significativamente ao nível das escalas: pessoal-social, audição-linguagem, realização, raciocínio prático e quociente geral. O grupo leve apresentou maiores competências e progressos do que o grupo de termo. Esta superioridade do grupo leve parece estar relacionada com uma maior estimulação, investimento e envolvimento materno na aprendizagem da criança para compensar os efeitos adversos do nascimento de risco.

Podemos concluir que apenas as crianças prematuras do grupo severo se diferenciam negativamente do grupo de prematuros, tal como salientado por outros estudos (Linhares *et al.*, 2001). Segundo estes autores, o desenvolvimento futuro das crianças está associado à saúde neonatal, que é mais frágil no grupo severo.

O estudo das implicações da prematuridade no estado emocional materno evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. As mães do grupo de prematuros apresentaram níveis significativamente mais elevados de sintomatologia psicopatológica do que as mães do grupo de termo. As mães do grupo de prematuros apresentaram maior sintomatologia obsessivo-compulsiva, dimensão que inclui cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada (“dificuldade em se lembrar de coisas passadas e recentes”, “dificuldade em fazer qualquer trabalho”, “sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz”, “dificuldade em tomar decisões”, “sensação de vazio na cabeça”, “ter dificuldades em se concentrar”). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos índices gerais: índice geral de sintomas, total de sintomas positivos e índice de sintomas positivos. As mães do grupo de prematuros apresentaram maiores índices gerais de sintomatologia, tal como apontado por outros estudos (Barros, 2001; Alfaya & Schermann, 2001; Field, 1997). Os pais dos bebés prematuros têm sido descritos como atravessando uma crise emocional grave, com sentimentos de ansiedade, depressão, irritabilidade e labilidade emocional (Barros, 2001; Alfaya & Schermann, 2001; Field, 1997), frequentemente com significado clínico

(Barros, 1992).

As mães dos prematuros apresentaram uma tendência depressiva significativamente maior que as mães do grupo de termo. As mães dos prematuros referiram mais sentimentos de sobrecarga emocional, tensão, dúvidas sobre as suas capacidades maternas e sentimentos de isolamento, tal como o esperado (Klaus & Kennell, 1993; Field, 1977; Linhares *et al.*, 1999; Alfaya & Schermann, 2001; Barros, 2001; Carvalho *et al.*, 2001). Segundo Alfaya e Schermann (2001), as mães dos prematuros apresentam uma elevada incidência, entre os níveis moderado e grave, para a depressão.

O grupo de prematuros e de termo apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente à auto-estima materna, particularmente na aceitação do bebé. As mães dos prematuros apresentaram maiores dificuldades na adaptação ao bebé real, tal como apontado por outros estudos (Delgado & Halpern, 2005). Na amostra em estudo, as mães dos prematuros apontaram a fragilidade dos filhos, dúvidas sobre o seu desenvolvimento futuro, desapontamento e incerteza relativamente ao desenvolvimento de competências maternas. Tal como o esperado, a primeira imagem que a mãe tem do seu filho prematuro é a de um ser frágil, pequeno, imaturo e incompleto (Levy-Shiff *et al.*, 1989). Esta imagem causa estranheza e tem um efeito modelador das expectativas maternas. As expectativas de ter um bebé saudável e “normal” são contrariadas e vão influenciar a auto-estima materna (Seabra, 1993), a percepção da criança e o comportamento que adoptam em relação a ela (Hildebrandt, 1982). A aceitação do filho prematuro implica o luto pelo filho imaginário de termo (Delgado & Halpern, 2005). Os pais recorrem a mecanismos de defesa para se protegerem a nível da auto-estima, através da negação, abandono ou superprotecção (Bayle, 2006).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: capacidade de tratar do bebé, capacidade e preparação geral para a função materna e relação esperada com o bebé. Estas dimensões podem ser entendidas como factores de resiliência, que contribuem para a ausência de diferenças estatisticamente significativas nalguns domínios do desenvolvimento. Apesar dos fantasmas de morte, incompetência e fracasso, parece haver um cuidado consistente e uma resposta adequada às necessidades da criança. Esta ausência de diferenças estatisticamente significativas pode ser explicada pelo investimento, disponibilidade e sacrifício maternos. Para as mães do grupo de prematuros, a função materna parece ser assumida como tarefa principal e prioritária.

O estudo das implicações da prematuridade na ansiedade de separação materna evidenciou a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Esta ausência de diferenças pode ser explicada pela idade das crianças, que parecem ter alcançado a etapa final da fase de separação-individuação. Estes resultados vão de encontro ao apontado por outros autores, de que quanto menor a ansiedade de separação materna, maior o desenvolvimento infantil (Areias & Botelho, 1992) e maior a competência social das crianças. O grupo de prematuros em estudo não apresentou diferenças significativas em termos de ansiedade de separação materna e apresentou um bom desenvolvimento social. A elevada ansiedade de separação está associada a um estilo de interacção mais intrusivo por parte da mãe (Stifter *et al.*, 1993). Apesar das mães dos prematuros apresentarem valores mais elevados de ansiedade de separação do que as mães do

grupo de termo, parece existir espaço para o desenvolvimento de autonomia, segurança e confiança nas crianças prematuras.

Na amostra em estudo, a ansiedade de separação materna correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a idade da criança e número de filhos. Quanto maior a idade da criança e maior o número de filhos, menor a ansiedade de separação materna.

VI - Conclusões

Apesar da prematuridade agregar uma multiplicidade de riscos, o desenvolvimento dos prematuros revelou-se mediano e adequado à idade. O grupo de prematuros revelou resultados superiores nas competências sociais, autonomia e capacidades de manipulação, planificação, rapidez de trabalho, precisão e persistência nas acções do que o grupo de termo. Apenas o subgrupo severo apresentou dificuldades desenvolvimentais, em termos linguísticos, em comparação com os restantes prematuros e grupo de termo. Estas competências parecem relacionar-se com a disponibilidade, envolvimento e investimento materno, de forma a compensar as dificuldades inerentes ao nascimento prematuro.

As mães do grupo de prematuros apresentaram maior sintomatologia psicopatológica, menor aceitação do bebé e uma maior tendência depressiva comparativamente com as mães do grupo de termo. Apesar destas dificuldades emocionais, as mães dos prematuros mostram-se capazes de um cuidado consistente e uma resposta adequada às necessidades da criança. Este comportamento contentor das mães pode estar associado ao desenvolvimento de competências maternas proporcionado na UCIN. No entanto, o apoio psicológico às mães e o fortalecimento dos vínculos na díade deveriam prolongar-se no tempo, na medida em que a sintomatologia ansiosa e depressiva é, ainda, bastante expressiva.

As mães dos prematuros não diferiram das mães das crianças nascidas a termo relativamente à ansiedade de separação materna. Apesar das mães dos prematuros apresentarem valores mais elevados de ansiedade de separação, comparativamente com aquilo que se verifica no grupo de mães de termo, parece existir espaço para o desenvolvimento de autonomia, segurança e confiança, assim como movimentos exploratórios nas crianças prematuras.

O grupo de prematuros em estudo evidencia um conjunto de factores de resiliência que favorecem o desenvolvimento infantil. Este grupo caracteriza-se por boas qualidades do ambiente familiar e educacional (nível socioeconómico médio, bom funcionamento familiar, nível educacional mediano, elevada frequência de infantário).

O estudo aqui reportado comporta um conjunto de limitações que devem ser clarificadas. O primeiro aspecto prende-se com o potencial enviesamento das escalas de auto-relato (a criança usa colher e garfo, calça meias e sapatos sem ajuda; brinca com outras crianças; ajuda a pôr a mesa) uma vez que estas não foram controladas.

O segundo grupo de limitações prende-se com a amostra. O reduzido tamanho da amostra levanta algumas dificuldades, nomeadamente enviesamentos derivados da não representatividade, bem como enviesamentos não controláveis inerentes à própria amostra. O subgrupo severo ficou reduzido a 4 díades, limitando a comparação dos subgrupos de prematuros. Era importante replicar a comparação dos três subgrupos, aumentando o n de cada subgrupo.

No presente estudo não foi possível controlar o efeito terapêutico (variável intervenção). Neste sentido, era necessário e pertinente o estudo comparativo de técnicas e recursos humanos de diferentes Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia e as suas implicações no desenvolvimento infantil.

Bibliografia

- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1986/1991). *Manual de psicopatologia infantil*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Alfaya, C., & Schermann, L. (2001). Depressão materna em mães de bebês recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. *Psico*, 32, 115-129.
- Alfaya, C., & Schermann, L. (2005). Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. *Estudos de Psicologia*, 10 (2), 279-285.
- Als, H., Lester, B., Tronick, E., & Brazelton, T. (1982). Toward a research instrument for the assessment of preterm infant's behaviour. In H. E. Fitzgerald, B. M. Lester & M. W. Yogman (Eds), *Theory and research in behavior pediatrics*. New York: Plenum Press.
- Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of the neurobehavioral development of the premature infant and his parents in the environment of the neonatal intensive care unit. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 6, 3-55.
- Araújo, D., Pereira, N., & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Saúde Pública*, 23 (4), 747-756.
- Areias, M. D. & Botelho, T. M. (1992). Estudo comparativo: Prematuridade e ansiedade. *Análise Psicológica*, X (2), 235-240.
- Assel, M., Landry, S., Swank, P., Steelman, L., Miller-Loncar, C., & Smith, K. (2002). How do mothers childrearing histories, stress and parenting affect children's behavioural outcomes? *Child: Care, Health and Development*, 28 (5), 359-368.
- Bacharach, V., & Baumeister, A. (1998). Direct and indirect effects of maternal intelligence, maternal age, income, and home environment on intelligence of preterm, low-birth-weight children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19, 361-375.
- Baptista, M., Baptista, A., & Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 1 (7), 39-48.
- Barbieri, M., Silva, A., & Bettioli, H. (2000). Risk factors for the increasing trend in low birthweight. *Revista de Saúde Pública*, 34 (6).
- Barros, L. (1992). *Intervenção desenvolvimentista para mães de bebês de risco*. Tese de Doutorado. Universidade de Lisboa.
- Barros, L. (2001). O bebê nascido em situação de risco. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.235-316). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Beckwith L & Rodning C (1992). Evaluating effects of intervention with parents of preterm infants, pp. 389-409. In SL Friedman & MD Sigman (orgs.). *The psychological development of low*

- birthweight children*. Ablex PublishingmCorporation, EUA.
- Blau, A., Slaff, B., Easton, K., Welkowitz, J., Springarn, J., & Cohen, J. (1963). The psychogenic etiology of premature birth. *Psychosomatic Medicine*, 25, 201-211.
- Botelho, T., & Leal, I. (2001). *Personalidade maternal e prematuridade*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência: Lisboa.
- Bowlby, J. (1969/1990). *Apego e perda*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bradley, R., Whiteside, L., Caldwell, B., Casey, P., Kelleher, K., Pope, S., Swanson, M., Barret, K., & Cross, D. (1993). Maternal IQ, the home environment and child IQ in low birthweight, premature children. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 61-74.
- Bradley, R., Whiteside, L., Mundfrom, D., Casey, P., Kelleher, K., Pope, S. (1994). Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birthweight premature children living in poverty. *Child Development*, 65, 346-360.
- Brandt, P., Magyary, D., Hammond, M., & Barnard, K. (1992). Learning and behavioral-emotional problems of children born pre-term at second grade. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 291-311.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T.B. (1992). *Tornar-se Família - O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento* (pp.83-108; 205-232). Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. (1992/1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (2007). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar (Tradução do original em Inglês 1989).
- Brum, E., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Colectiva*, 9, 457-467.
- Brown, L., & Heermann, J. (1997). The effect of development care on preterm infant outcome. *Applied Nursing Research*, 10, 190-197.
- Buehler, D., Als, H., Duffy, F., McAnulty, G., & Liederman, J. (1995). Effectiveness of individualized developmental care for low-risk preterm infant: Behavioural and electrophysiologic evidence. *Pediatrics*, 96, 923-932.
- Camarneiro, A. (1998). *A gravidez de risco e desenvolvimento do bebé. Influência da diabetes gestacional e da hipertensão arterial induzida pela gestação no desenvolvimento precoce dos bebés* (Tese de Mestrado). Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos-

- B.S.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, vol.II, Braga: APPORT.
- Carvalho, A., Linhares, M., & Martinez, F. (2001). História de desenvolvimento e comportamento de crianças prematuras de baixo peso. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 1-33.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7.
- Cho, J., Holditch-Davis, D., & Belyea, M. (2004). Gender, ethnicity and the interactions of prematurely born children and their mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 19, 163-175.
- Cohen S. E., Beckwith, L., Parmelee, A. H., Sigman, M., Asarnow, R., & Espinosa, M. (1996). Prediction of low and normal school achievement in early adolescents born preterm. *Journal of Early Adolescence*, 16, 46-70.
- Cohen, S. E. (1995). Bio-social factors in early infancy as predictors of competence in adolescents who were born prematurely. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 16, 36-41.
- Coll, C., Palacios, J., & Marchesi, A. (1993/1995). *Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia evolutiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Corter, C., & Minde, K. (1987). Impact of infant prematurity on family systems. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8, 1-48.
- Cramer, B. (1987). A psiquiatria do bebê: uma introdução. In T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé (Eds.), *A Dinâmica do bebê* (pp.24-74). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crawford, J. W. (1982). Mother-infant interaction in premature and full-term infants. *Child Development*, 53, 957-962.
- Crnic, K., Ragozin, A., Greenberg, M., Robinson, N., & Basham, R. (1983). Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life. *Child Development*, 54, 1199-1210.
- Culp, R., Applebaum, M., Osofsky, J., & Levy, J. (1988). Adolescent and old mothers: comparison between prenatal maternal variables and newborn interactions measures. *Infant Behavior and Development*, 11, 353-362.
- Cunningham, A., Jellife, D., & Jellife, E. (1991). Breast-feeding and health in the 1980's: a global epidemiologic review. *The Journal of Pediatrics*, 118, 659-666.
- Cunningham, M., & Zayas, L. (2002). Reducing depression in pregnancy: designing multimodal interventions. *Social Work*, 4, 114-123.
- Damman, O., Walther, H., Allers, B., Schroder, M., Drescher, J., Lutz, D., Veelken, N., & Schulte, F. (1996). Development of a regional cohort of very low-birthweight children at six years cognitive abilities are associated with neurological disability and social background. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 97-108.

- Dawson, G., Ashman, S., & Carver, L. (2000). The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Development and Psychopathology, 12*, 695-712.
- De Muylder, X. (1989). Psychological factors and preterm labour. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 7*, 55-57.
- De Muylder, X., Wesel, S., Dramaix, M., Candeur, M. (1992). A woman's attitude toward pregnancy: can it predispose her to preterm labor? *Journal of Reproductive Medicine, 37*, 339 - 342.
- Delgado, S., & Halpern, R. (2005). Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica, 17* (2), 141-152.
- DeMeis, D., McBride, S., & Hock, E. (1986). The balance of employment and motherhood: longitudinal study of mothers' feelings about separation from their first-born infants. *Developmental Psychology, 22*, 627-632.
- Demyttenaere, K., & Maes, A. (1995). Coping style and preterm labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 16*(2), 109-115.
- Eckerman, C., Sturm, L., & Gross, S. (1985). Different developmental courses for very-low-birthweight infants differing in early head growth. *Developmental Psychology, 21*, 813-827.
- Escalona, S. (1984). Social and other environmental influences on the cognitive and personality development of low birthweight infants. *American Journal of Mental Deficiency, 88*, 508-512.
- Feliciano, F. (2007). *Método canguru: o prosseguir da vinculação pais-bebé prematuro*. Coimbra: Almedina.
- Field, T. M. (1977). Effects of early separation, interactive deficits, and experimental manipulations on infant-mother face-to-face interaction. *Child Development, 48*, 763-771.
- Forslund, M., & Bjerr, I. (1990). Follow-up of preterm children. Growth and development at four years of age. *Early Human Development, 24*, 107-118.
- Freda, M., Damus, K., & Merkatz, I. (1988). The urban community as the client in preterm birth prevention: Evaluation of a program component. *Social Sciences and Medicine, 27*, 1439-1446.
- Frodi, A., & Lamb, M. (1978). Father and mother responses to the faces and cries of normal and premature infants. *Developmental Psychology, 14*, 490-498.
- Garbaciak, J. A. (1992). Prematurity prevention: Who is at risk?. *Clinics in Perinatology, 19*, 275-289.
- Gennaro, S., Brooten, D., Roncoli, M., & Kumar, S. (1993). Stress and health outcomes among mothers of low-birth-weight infants. *Western Journal of Nursing Research, 15*, 97-113.
- Goldberg, S., & DiVitto, B. (1995). *Born to soon: Preterm birth and early development*. San Francisco: Freeman.
- Goldberger, J. (1990). Lengthy or repeated hospitalization in infancy: issues in stimulation and intervention. *Clinics in Perinatology,*

- 17, 197-206.
- Goldson, E. (1996). Prematurity: discussion. *International Journal of Behavioral Development, 19*, 465-476.
- Goldstein, K., Caputo, D., & Taub, H. (1976). The effects of prenatal and perinatal complications on development at one year of age. *Child Development, 47*, 613-621.
- Gorski, P., Huntington, L., & Lewkowicz, D. (1990). Handling preterm infants in hospitals. Stimulating controversy about time of stimulation. *Clinics in Perinatology, 17*, 103-112.
- Greene, J., Fox, N., & Lewis, M. (1983). The relationship between neonatal characteristics and three-month mother-infant interaction in high-risk infants. *Child Development, 54*, 1286-1296.
- Greenberg, M., & Crnic, K. (1988). Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants at age two. *Child Development, 59*, 554-570.
- Griffiths, R. (1970). *The abilities of young children. A comprehensive system of mental measure for the first eight years of life*. London: Association for research in infant and child development.
- Grimstad, H., Scheir, B., Backe, B., & Jacobsen, G. (1999). Anxiety, physical abuse and low birth weight. *Public Health, 27*, 296-300.
- Halpern, R., Giugliani, E., Victora, C., Barros, F., & Horta, B. (2000). Factores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Jornal de Pediatria, 6*, 421-428.
- Hildebrandt, K. (1982). The role of physical appearance in infant and child development. In H. Fitzgerald, B. Lester, & M. Yogman (Eds.), *Theory and research in behavioural pediatrics*. New York: Plenum Press.
- Hock, E., & DeMeis, D. (1990). Depression in mothers of infants: the role of maternal employment. *Developmental Psychology, 26*, 285-291.
- Hock, E., McBride, S., & Gnezda, M. (1989). Maternal separation anxiety: mother-infant separation from the maternal perspective. *Child Development, 60*, 793-802.
- Itoigawa, N., & Minami, T. (1996). Parenting and family support in Japan for 6 to 8 year-old children weighing under 1000 grams at birth. Special Section "Prematurity". *International Journal of Behavioral Development, 19*, 477-490.
- Jeffcoate, A., Humphrey, M., & Lloyd, J. (1979). Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery. *Developmental Medicine and Child Neurology, 21*, 344-352.
- Kalmár, M. (1996). The course of intellectual development in preterm and full-term children: a 8-year longitudinal study. Special Section Prematurity, *International Journal of Behavioral Development, 19* (3), 491-516.
- Kaplan, D., & Mason, E. (1960). Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder. *American Journal of*

- Orthopsychiatry*, 30, 539-552.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1982). Assistência aos pais. In M. Klaus & A. Fanaroff (Eds.). *Alto risco em neonatologia*. Rio de Janeiro: Interamericana (Original publicado em 1979).
- Klaus, M., & Kennell, J. (1993). *Pais/bebé - a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M., & Kennell, J. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. & Linhares, V. (2006). Prematuridade e interação mãe-criança. *Psicologia em Estudo*, 11, 277-284.
- Klein, M., & Stern, L. (1971). Low birth weight and the battered child syndrome. *American Journal of Diseases of Children*, 122, 15-18.
- Kreisler, L. & Soulé, M. (1995). L'enfant prématuré. In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (Eds.), *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent* (pp.1893-115). Paris: PUF.
- Landry, S., Smith, K., Swank, P., & Miller-Loncar, C. (2000). Early maternal and child influences on children's later independent cognitive and social functioning. *Child Development*, 71, 358-375.
- Landry, S., Chapieski, M., Richardson, M., Palmer, J., & Hall, S. (1990). The social competence of children born prematurely: effects of medical complications and parent behaviors. *Child Development*, 61, 1605-1616.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 38, 843-853.
- Lebovici, S. (1987). *O bebé, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lester, B., Hoffman, J., & Brazelton, T. (1985). The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Development*, 56, 15-27.
- Levene, M., & Dubowitz, L. (1982). Low birth weight babies: long term follow-up. *British Journal of Hospital Medicine*, 37, 158-165.
- Levy-Shiff, R., Sharir, H., & Mogilner, M. (1989). Mother and father preterm infant relationship in the hospital preterm nursery. *Child Development*, 60, 93-102.
- Levy-Shiff, M., Einat, G., Mogilner, M., Lerman, M., & Krikler, R. (1994). Biological and environmental correlates of developmental outcome of prematurely born infants in early adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 63-78.
- Linhares, M., Carvalho, A., Bordin, M., & Jorge, S. (1999). Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebés pré-termo com peso de nascimento inferior a 1500 gramas. *Temas em Psicologia*, 7 (3), 245-262.
- Linhares, M., Bordin, M., & Jorge, S. (2001). Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-

- termo e com muito baixo peso. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 17 (1), 49-57.
- Linhares, M., Carvalho, A., Bordin, M., Chimello, J., Martinez, F., & Jorge, S. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como factores de risco ao desenvolvimento da criança. *Cadernos de Psicologia e Educação*, 10, 60-69.
- Linhares, M. B. M. (2003). Prematuridade, risco e mecanismo de protecção ao desenvolvimento. *Temas em desenvolvimento*, 12, 18-24.
- Linhares, M., Chimello, J., Bordin, M., Carvalho, A., & Martinez, F. (2005). Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças nascidas pré-termo em comparação com crianças nascidas a termo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 109-117.
- Llewellyn-Jones, D. (1994). *Fundamentals of obstetrics and gynaecology*. London: Mosby.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-indivuação*. Porto Alegre: Artes Médicas (Obra original publicada em 1979).
- Maldonado, M. (1997). *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, M., Dicktein, J., & Nahoum, J. (1996). *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Saraiva.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da gioconda*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (2003). Psicopatologia do lactente e da criança pequena. Lisboa: Climepsi Editores (tradução do original em língua francesa *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. Paris : Masson, 1988)
- Melnyk, B. (2001). Improving cognitive development of low birth weight premature infants with the COPE program: a pilot study. *Research in Nursing & Health*, 24, 373-389.
- Miranda, A. L. (1997). *O desejo antecipado – Desenvolvimento psicológico, biológico e relacional em grandes prematuros de muito baixo peso ao longo do seu primeiro ano de vida*. Estudo monográfico. ISPA: Lisboa.
- Mutch, L., Leyland, A., McGee, A. (1993). Patterns of neuropsychological function in a low-birthweight population. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35, 943-956.
- Newton, R., & Hunt, L. (1984). Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birthweight. *British Medical Journal*, 288, 1191-1194.
- Novello, A., Degraw, C., & Kleinman, D. (1992). Healthy children ready to learn: an essential collaboration between health and education. *Public Health Reports*, 107 (1), 3-10.
- Nowicki, P. (1994). Neonatal problems: medical issues. In R. Olson, L. Mullins, J. Gillman, & J. Chaney (Eds.), *The sourcebook of pediatric psychology* (pp.11-16). Boston: Allyn and Bacon.
- O'Brien, M., Soliday, E., McCluskey-Fawcett, K. (1995). Prematurity

- and the neonatal intensive care unit. In M. C. Roberts *Handbook of Paediatric Psychology* (pp.463-477). New York: The Guilford Press.
- Osório, L. (1989). Recentes avanços na teoria e técnica psicanalíticas: um estudo sobre as contribuições de Mahler. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 7, 45-72.
- Padovani, F., Linhares, M., Carvalho, A., Duarte, G., & Martinez, F. (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*, 26, 251-254.
- Palminha, J. M. (1997). A sobrevivência do grande prematuro, o meio socio-familiar e a responsabilidade da sociedade civil. *Integrar*, 14, 24 – 28.
- Paul, M. C. (1992). Factores de risco associados ao nascimento prematuro, *Psicologia*, VIII, 393-402.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementariedade do SPSS* (4ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pieuch, R., Leonard, C., Cooper, B., & Shering, S. (1997). Outcome of extremely low birth weight over 12-year period. *Pediatrics*, 100, 633-639.
- Pimentel, J. (1997). *Um bebé diferente: da individualidade da interacção à especificidade da intervenção*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Raad, A., Cruz, A., & Nascimento, M. (2006). A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal. *PSIC- Revista de Psicologia da Vector Editora*, 7 (2), 85-92.
- Relvas, A., Alarcão, M., & Sá, E. (1997). A complementariedade das competências mãe-bebé. In E. Sá (Ed.), *A maternidade e o bebé* (pp.13-20). Lisboa: Fim de Século.
- Rieck, M. (1996). Development evaluation of very-low-birthweight infants: longitudinal and cross-sectional studies. *International Journal of Behavioral Development*, 19, 549-562.
- Rose, S. A. (1983). Behavioural and psychophysiological sequelae of preterm birth: The neonatal period. In T. Field & A. Sostek (Eds). *Infants born at risk: Physiological, perceptive and cognitive processes* (pp.45-67). New York: Grune & Stratton.
- Rosenblatt, D. (1997). Premature Babies. In A. Baum, & S. Newman (Eds.), *Et Al Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp.565-568). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rubin, K., Hastings, P., Chen, X., Stewart, S., & McNichol, K. (1998). Intrapersonal and maternal correlates of aggression, conflict and externalizing problems in toddlers. *Child Development*, 69 (6), 1614-1629.
- Rutter, D. R., Quine, L., Chesham, D. (1993). Pregnancy Outcome. In *Social Psychological Approaches to Health* (pp.76-144). New York: Harvester Wheatsheaf.

- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Sá, E. (1993). *Psicologia dos pais e do brincar*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Sansavini, A. (1986). The development of italian low and very low birth weight infants from birth to 5 years: the role of biological and social risks. *International Journal of Behavioral Development*, 19, 533-547.
- Schaffer, H., & Emerson, P. (1964). The development of social attachments in infancy. *Child Development*, 29, 1-77.
- Schermann, L. (2001). Avaliação quantitativa e qualitativa da interação. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 14(3), 469-485.
- Seabra, M. J. (1993). Variáveis psicológicas associadas à prematuridade. *Psychologica*, 10, 61-68.
- Sobotkova, D., Dittrichova, J., & Mandys, F. (1996). Comparison of maternal perceptions of preterm and full term infants. *Early Development and Parenting*, 5, 73-79.
- Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sousa, S. (2004). *Estilos de comunicação pais-bebé*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Spitz, R. (1965/1998). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stifter, C., Coulehan, C., & Fish, M. (1993). Linking employment to attachment: the mediating effects of maternal separation anxiety and interactive behavior. *Child Development*, 64, 1451-1460.
- Stjernqvist, K. (1993). The early mother-infant interaction in the highly technological care environment. *Acta Paediatrica*, 82, 981-982.
- Sykes, D. H., Hoy, E. A., & Bill, J. M. (1997). Behavioural adjustment in school of very low birth weight children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (3), 315-325.
- Taylor, H., Hack, M., Klein, N., & Schatschneider, C. (1995). Achievement children with birth weight less than 750 grams with normal cognitive abilities: evidence for specific learning disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 703-719.
- Tideman, E., Nilsson, A., Smith, G., & Stjernqvist, K. (2002). Longitudinal follow up of children born preterm. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20, 43-56.
- Thomaz, A., Lima, M., Tavares, C., & Oliveira, C. (2005). Relações afectivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia*, 10, 139-146.
- Tronick, E., Scanlon, K., & Scanlon J. (1990). Protective apathy, a hypothesis about the behavioral organization and its relation to clinical and physiologic status of the preterm infant during the newborn period. *Clinics in Perinatology*, 17, 125-154.
- Veríssimo, M., Alves, S., Monteiro, L., & Oliveira, C. (2003). Ansiedade de separação materna e adaptação psicossocial ao pré-escolar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 221-229.

- Vohr, B., & Garcia, C. (1988). Follow-up studies of high-risk low-birth-weight infants-changing trends. In H. E. Fitzgerald, B. M. Lester & M. W. Yogman (Eds), *Theory and research in behaviour pediatrics*. New York: Plenum Press.
- Waber, D., & McCormick, M. (1995). Late neuropsychological outcomes in preterm infants of normal IQ: selective vulnerability of the visual system. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 721-735.
- Weiglas-Kuperus, N., Koot, H., Baerts, W., Fetter, W., & Sauer, P. (1993). Behaviour problems of very low birth weight children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35, 406-416.
- Whitfield, M., & Grunau, R. (2000). Behaviour, pain perception and the extremely low birth weight survivor. *Clinics and Perinatology*, 27, 363-379.
- Wilson, R. (1985). Risk and resilience in early mental development. *Developmental Psychology*, 21, 795-805.
- Youngblut, J., Singer, E., Madigan, E., Swegart, L., & Rodgers, W. (1998). Maternal employment and parent-child relationships in single-parent families of low-birth-weight preschooler. *Nursing Research*, 47, 114-121.

Anexo A: Questionário sócio-demográfico

Questionário (variáveis sócio-demográficas)

I. Dados pessoais da mãe

1. Idade: _____

2. Nível de instrução

Ensino primário completo

Ensino básico completo

Ensino secundário completo

Ensino superior completo

3. Profissão _____

4. Residência

Rural

Urbana

4. Estado civil

Casada União de facto Divorciada Viúva

Solteira

5. Nível socio-económico (profissão do marido) _____

Grupo 1 (quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa)

Grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas)

Grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio)

Grupo 4 (pessoal administrativo e similares)

Grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores)

Grupo 6 (agricultores e trabalhadores qualificados)

Grupo 7 (operários, artífices e trabalhadores similares)

Grupo 8 (operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem)

Grupo 9 (trabalhadores não qualificados)

Grupo 10 (outros: estudantes, desempregados, reformados, etc).

II. Dados da gravidez e do parto

6. Nº de filhos _____

7. Gravidez desejada/planeada

Sim Não

8. Teve preocupações na gravidez?

Por si

Pelo bebé

Por ambos

Não teve preocupações

9. Duração da gravidez: _____ (semanas)

10. Teve complicações médicas durante a gravidez?

Sim Não

Quais _____

11. Trabalho de parto: Espontâneo Provocado

12. O parto foi:

Normal

Fórceps

Ventosa

Cesariana

13. Internamento no parto

Até 3 dias

4 a 6 dias

7 dias ou mais

14. Teve complicações no pós-parto? Não

Sim

15. Acompanhamento no parto:

Pai do bebé

Familiar

Ninguém

III. Dados do bebé

16. Lugar na fratria

Filho único

Primogénito

Filho do meio

Filho mais novo

Gêmeos

17. Peso à nascença: _____ (gramas)
18. Apgar (5° min) _____
19. O bebé nasceu: Saudável Com problemas
20. O bebé foi separado da mãe após o nascimento? Sim Não
21. Amamentou ao peito? Sim Não
22. Tempo na UCIN (dias): _____

IV. Dados da mãe, após o parto

23. Quem cuidou do bebé após a licença de parto?
- Mãe Ama Avó Creche Empregada doméstica
outra
24. Frequenta infantário? Sim Não
25. Há quanto tempo frequente (meses) _____

Mudanças ocorridas no seu estilo de vida desde o nascimento do seu filho

26. Hábitos alimentares muito pouco
nada
27. Hábitos de sono muito pouco
nada
28. Tarefas em casa muito pouco
nada
29. Trabalho fora de casa muito pouco
nada
30. Relação com o companheiro
muito pouco
nada
31. Relação com a família
muito pouco
nada
32. Relação com os amigos
muito pouco
nada
33. Estado emocional (humor, preocupações):
muito pouco

nada

34. Seguimento em Psicoterapia? Sim Não

35. Seguimento em Psiquiatria? Sim Não

Como se tem sentido no seu papel?

	Sim	Não
36. Mudada pela maternidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Sobretudo mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Considera que ser mãe é:	Fácil <input type="checkbox"/>	Difícil <input type="checkbox"/>
40. Esta criança alterou a sua vida?	Muito <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>
	Nada <input type="checkbox"/>	

Como sente o seu filho / Percepção materna

41. Dependente	Muito <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
42. Exigente	Muito <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
43. Feliz	Muito <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
44. Frágil	Muito <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>

45. Caracterize o seu filho, quanto ao seu temperamento:

Fácil Difícil Ambas as coisas

46. Acontecimentos de vida significantes (após o nascimento)

- Conflito familiar
- Separação/divórcio dos pais
- Novo casamento dos pais
- Nascimento de irmãos
- Desemprego dos pais
- Dificuldades Económicas
- Doença
- Acidente
- Morte de alguém próximo
- Nenhum

Anexo D: Escala de atitudes e sentimentos maternos (EMKK)**Escala de atitudes e sentimentos maternos
(EMKK)**

(Versão original Codrenau, 1984; versão adaptada Pimentel, 1997)

Nome: _____**Data da avaliação:** ____/____/____***Instruções para responder ao questionário***

Leia atentamente a seguinte lista de questões. As seguintes questões dizem respeito a problemas e queixas que as mães costumam ter em relação aos seus filhos. Não, existem portanto, respostas certas ou erradas, mas apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas. As respostas são confidenciais.

Para cada uma das questões assinale com uma crux o quadrado que considera ser mais correcto, considerando que os valores de 1 a 5 significam o seguinte:

1- Concordo completamente; 2- Concordo; 3- Às vezes falso outras verdadeiro; 4- Discordo; 5- Discordo completamente

	Discord o Comple tamente	Discord o	Às vezes Falso Outras Verdad eiro	Concor do	Concor do Comple tamente
A1- Quando o meu filho chora, nunca sei o que se passa com ele.	5	4	3	2	1
B2- Por mais que me esforce, tenho dificuldades em tratar do meu filho.	5	4	3	2	1
C3- Com o meu filho não tenho um minuto de descanso.	5	4	3	2	1
E4- Desde o parto fiquei muito mais nervosa.	5	4	3	2	1

D5- Estou sempre com medo que possa acontecer alguma coisa com o meu filho.	5	4	3	2	1
E6- Desde que o meu filho nasceu, sinto-me interiormente muito tensa.	5	4	3	2	1
B7- Há dias em que me sinto à beira de um esgotamento.	5	4	3	2	1
C8- Não me importo de ter de orientar todo o meu dia em função do meu filho.	5	4	3	2	1
E9- Por vezes a minha vontade era dormir e esquecer os problemas.	5	4	3	2	1
A10- Estou feliz porque já vi que o meu filho aprende coisas novas.	5	4	3	2	1
B11- Às perco a calma mesmo com pequenas coisas.	5	4	3	2	1
C12- Nos primeiros tempos, a única coisa que se pode fazer com um bebé é dar-lhe de comer, mudar as fraldas e deixá-lo em paz.	5	4	3	2	1
E13- Nos últimos tempos choro imenso.	5	4	3	2	1
C14- Nunca pensei que a vida com o meu filho fosse tão cansativa.	5	4	3	2	1
D15- Muitas vezes tenho dúvidas se faço tudo como deve de ser pelo meu filho.	5	4	3	2	1
E16- Sinto-me completamente sozinha com os meus problemas.	5	4	3	2	1

A17- Sei muito bem como consolar o meu filho quando ele chora.	5	4	3	2	1
B18- Quando o meu filho chora sem parar, eu fico tão tensa que só me apetece gritar e abaná-lo para ver se ele se cala.	5	4	3	2	1
E19- Tenho a impressão que faço sempre qualquer coisa errada em relação ao meu filho.	5	4	3	2	1
E20- Ninguém se lembra que eu também preciso de apoio.	5	4	3	2	1
B21- Se o meu filho chora sem parar, eu só tenho vontade de chorar também.	5	4	3	2	1
C22- Às vezes não suporto o meu filho.	5	4	3	2	1
D23- Muitas vezes de noite levanto-me só para ver se o meu filho está a respirar.	5	4	3	2	1
E24- Sinto-me exausta.	5	4	3	2	1
C25- Gostava de passar uns dias sem o meu filho.	5	4	3	2	1
D26- Às vezes penso que posso perder o meu filho.	5	4	3	2	1
A27- às vezes sinto-me zangada com o meu filho.	5	4	3	2	1
B28- É um alívio quando o meu filho está a dormir.	5	4	3	2	1
C29- À vezes, ponho-me a pensar que era melhor não ter tido filho nenhum.	5	4	3	2	1

C30- Às vezes nem consigo dormir de noite, só de pensar que pode acontecer alguma coisa com o meu filho.	5	4	3	2	1
B31- Aconteça o que acontecer nunca perco a calma com o meu filho.	5	4	3	2	1
C32- Desde que o meu filho nasceu nunca mais pude fazer aquilo que me dá prazer.	5	4	3	2	1
D33- Às vezes quando estou a tratar do meu filho, tenho medo de o magoar.	5	4	3	2	1
A34- Acho que o meu filho se sente bem comigo.	5	4	3	2	1
A35- Dá-me imenso prazer brincar com o meu filho.	5	4	3	2	1
E36- Não consigo deixar de pensar que no fundo não sou uma boa mãe.	5	4	3	2	1

Anexo E: Escala de Auto-estima Materna

Escala de Auto-Estima Materna

(Versão original Shea & Tronick, 1988; versão adaptada Pimentel, 1997)

Instruções para responder ao questionário

Leia atentamente a seguinte lista de questões. As seguintes questões dizem respeito a problemas e queixas que as mães costumam ter em relação aos seus filhos. Não, existem portanto, respostas certas ou erradas, mas apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas. As respostas são confidenciais.

Para cada uma das questões assinale com uma crux o quadrado que considera ser mais correcto, considerando que os valores de 1 a 5 significam o seguinte:

1- Completamente verdadeiro; 2- Quase sempre verdadeiro; 3- Às vezes falso outras verdadeiro; 4- Quase sempre falso; 5- completamente falso

	Compl etame nte falso	Quase Sempr e falso	Às vezes falso outras verdad eiro	Quase sempr e verdad eiro	Compl etame nte verdad eiro
A1.Tem sido bom tratar do meu filho.	5	4	3	2	1
C2. O meu filho é muito frágil e estou preocupada se saberei tratar dele.	5	4	3	2	1
A3. Acho que não vou ser capaz de dar ao meu filho os carinhos e cuidados que ele precisa.	5	4	3	2	1
D4.Acho que tenho uma óptima relação com o meu filho.	5	4	3	2	1
B5. Acho que não vou ser capaz de ensinar coisas novas ao meu filho.	5	4	3	2	1
A6. Sinto-me muito incomodada se o meu filho não para de chorar.	5	4	3	2	1

C7.Fiquei contente quando vi o meu filho pela primeira vez.	5	4	3	2	1
C8.Tenho muitas dúvidas sobre se o meu filho se vai desenvolver normalmente.	5	4	3	2	1
A9. Sinto que sou capaz de tratar bem do meu filho.	5	4	3	2	1
A10.Penso muitas vezes que tratar do meu filho é um peso para mim.	5	4	3	2	1
A11.Tenho dificuldade em perceber o que o meu filho quer.	5	4	3	2	1
B12. É óptimo pensar que posso pegar e dar mimos ao meu filho.	5	4	3	2	1
B13.Sinto-me emocionalmente preparada para tratar bem do meu filho.	5	4	3	2	1
C14. Fiquei desapontada quando vi o meu filho pela primeira vez.	5	4	3	2	1
A15. Às vezes fico preocupada a pensar se vou ser capaz de perceber as necessidades do meu filho.	5	4	3	2	1
D16. Preciso de mais tempo para me habituar ao meu filho.	5	4	3	2	1
C17. Às vezes fico preocupada a pensar se o meu filho se desenvolverá normalmente.	5	4	3	2	1
A18. Acho que não tenho jeito para acalmar o meu filho.	5	4	3	2	1
B19. Estou entusiasmada por ser responsável por tratar do meu filho.	5	4	3	2	1
A20. Tenho dificuldades em perceber o que o meu filho quer.	5	4	3	2	1
D21. Penso que terei mais prazer com o meu filho quando ele for mais crescido.	5	4	3	2	1
A22. Sinto que tenho muito amor para dar ao meu filho.	5	4	3	2	1
C23. Tenho a certeza de que o meu filho é forte e saudável.	5	4	3	2	1

B24. Estou assustada com as responsabilidades do dia-a-dia para tratar do meu filho.	5	4	3	2	1
B25. Acho que vou ser capaz de ensinar ao meu filho todas as coisas que ele terá de aprender.	5	4	3	2	1
B26. Tenho sentimentos contraditórios sobre o facto de ser mãe.	5	4	3	2	1

Terminou. Muito obrigado pela sua colaboração.

Anexo F: Escala de ansiedade de separação maternal**Escala de Ansiedade de Separação Maternal**

(Hock, McBride e Gnezda, 1989, tradução Veríssimo, 1999)

Data de realização: _____

Creche Jardim escola Casa Ama

As afirmações seguintes são pontos de interesse e preocupações para as mães. Responda às afirmações de acordo com o que sente neste momento. Leia cada afirmação e faça um círculo à volta do número que traduz a sua opinião.

- 1 - Discordo Fortemente
 2 – Discordo
 3 – Concordo pouco
 4 – Concordo
 5 – Concordo Fortemente

1 - Quando estou longe do meu filho sinto falta de o abraçar e de lhe pegar ao colo.	1	2	3	4	5
2 - O meu filho é mais feliz comigo do que com a ama ou a educadora.	1	2	3	4	5
3 - As crianças têm medo quando estão num local novo sem a mãe.	1	2	3	4	5
4 - A minha vida não estaria completa sem uma carreira profissional.	1	2	3	4	5
5 - Se uma criança é independente e extrovertida, é capaz de fazer amigos facilmente, sem a ajuda da mãe.	1	2	3	4	5
6 - Quando estou longe do meu filho, penso muitas vezes se as suas necessidades físicas (trocar de fralda, comida suficiente, etc.) estão a ser satisfeitas.	1	2	3	4	5
7 - Segurar e abraçar o meu filho faz-me sentir tão bem que, quando estou afastada dele, sinto realmente falta da sua proximidade física.	1	2	3	4	5
8 - Preocupo-me mais com a segurança física do meu filho do que a educadora ou a ama.	1	2	3	4	5
9 - Será difícil para o meu filho adaptar-se a outra pessoa que tome conta dele.	1	2	3	4	5

10 - Abdicaria do meu emprego se este me obrigasse a ficar afastada do meu filho.	1	2	3	4	5
11 - O meu filho beneficia de experiências de grupo (i.e., creche, jardim de infância) já que lhe proporcionam experiências sociais que ele não tem em casa.	1	2	3	4	5
12 - Quando não estou com o meu filho, sinto-me sozinha e sinto muito a sua falta.	1	2	3	4	5
13 - Só uma mãe sabe como consolar o seu filho quando este está perturbado.	1	2	3	4	5
14 - É provável que uma criança fique perturbada quando é deixada com uma ama ou a educadora.	1	2	3	4	5
15 - Tenho um plano sistemático sobre como vou construir a minha carreira profissional.	1	2	3	4	5
16 - É bom para o meu filho passar algum tempo longe de mim para que ele possa aprender a lidar com pessoas desconhecidas e situações novas.	1	2	3	4	5
17 - Na maior parte do tempo, gosto de ter o meu filho comigo.	1	2	3	4	5
18 - Sou, naturalmente melhor a manter o meu filho em segurança do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
19 - Acredito que o meu filho sente a minha falta quando tenho de o deixar entregue a alguém por algum tempo.	1	2	3	4	5
20 - A carreira ou o emprego dão-me imensa satisfação pessoa	1	2	3	4	5
21 - Mesmo que o meu filho se agite um pouco quando saio, sei que ele ficará bem poucos minutos depois de eu o deixar.	1	2	3	4	5
22 - Não gosto de deixar o meu filho.	1	2	3	4	5
23 - O meu filho prefere estar comigo mais do que com qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
24 - O meu filho fica assustado e com medo quando não está comigo.	1	2	3	4	5
25 - Não me arrependeria de adiar a minha carreira para poder ficar em casa com o meu filho.	1	2	3	4	5
26 - O meu filho precisa de estar algum tempo longe de mim para que desenvolva um sentido de independência.	1	2	3	4	5
27 - Quando estou separada do meu filho,	1	2	3	4	5

penso se ele está a chorar e se sente a minha falta.					
28 - Não me divirto quando estou longe do meu filho.	1	2	3	4	5
29 - Preocupa-me o facto de o meu filho, nunca estar completamente bem fora de casa, se eu não estiver com ele.	1	2	3	4	5
30 - As crianças são muito exigentes e eu, muitas vezes, desejava ter mais tempo para a minha carreira.	1	2	3	4	5
31 - O contacto com pessoas diferentes é bom para o meu filho.	1	2	3	4	5
32 - Preocupo-me quando é outra pessoa que trata do meu filho.	1	2	3	4	5
33 - Se pudesse escolher entre trabalhar a tempo inteiro ou ficar em casa com o meu filho, escolhia ficar em casa.	1	2	3	4	5
34 - Há momentos na vida das crianças pequenas em que elas precisam de estar com outras pessoas que não as suas mães.	1	2	3	4	5
35 - Quando estou longe do meu filho, preocupo-me se a ama ou a educadora é, ou não, capaz de confortar o meu filho se ele estiver sozinho ou aborrecido.	1	2	3	4	5

Anexo G: Declaração de Consentimento Informado**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu, _____
(mãe) compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação, inserida na investigação que Dora Patrícia Gaspar Gomes está a realizar no âmbito do curso de Mestrado Integrado em Psicologia, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que achei necessárias.

Tomei conhecimento dos objectivos, métodos e benefícios previstos com esta investigação, bem como da possibilidade de a qualquer momento poder desistir da minha participação.

_____, _____ de _____ de _____
(localidade) (dia) (mês) (ano)