

2023

**Maria Inês Sengo
Marques**

“A análise do impacto da prematuridade na vinculação mãe-bebé”

2023

**Maria Inês Sengo
Marques**

“A análise do impacto da prematuridade na vinculação mãe-bebé”

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Tecnologia da Universidade Europeia, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Miguel Venda da Graça Nery, professor auxiliar da Universidade Europeia e sob a coorientação do Professor Doutor Paulo Alexandre da Silva Correia Ferrajão, professor auxiliar da Universidade Europeia.

Agradecimentos

Começo por agradecer e dar uma palavra de profunda gratidão aos meus pais, por até ao dia de hoje sempre me terem encorajado para continuar o meu percurso, sem nunca me fazer duvidar de que o saber não ocupa lugar, e que estudar o que gostamos é um grande privilégio.

A toda a restante família, namorado, amigos/as e a todos os que direta e indiretamente contribuem para o meu bem-estar, obrigada por fazerem parte desta jornada, seja de que forma for. Ao meu companheiro de quatro patas, por todas as vezes que me ouviu, e por todas as vezes que com os seus olhos doces, me fez companhia nos largos dias de trabalho.

Aos meus orientadores e Professores de um longo caminho de cinco anos, o meu mais terno obrigada. Por toda a paciência, sabedoria, auxílio na resolução de problemas, e uma palavra de conforto quando o cansaço foi inimigo da clareza de raciocínio.

Às mães que gentilmente partilharam comigo as suas experiências de algo tão íntimo como os primeiros tempos de vida de um/a filho/a, o meu maior agradecimento. Sem vocês, este trabalho não existia.

À minha grande companheira desta jornada, levamos uma união para a vida, e com a certeza de que uma sem a outra, teriam existido dias mais difíceis. Foi um percurso que muito me orgulha, e que feliz fui em partilhá-lo contigo.

Obrigada, Adriana.

palavras-chave

vinculação, estilos de vinculação, prematuridade, percepção da experiência materna, interação mãe-bebê

resumo

A evidência científica, sugere desde há largas décadas o quanto as relações estabelecidas com os cuidadores e a construção de um vínculo seguro, são modelos fundamentais sobre os quais o ser humano cresce, que adquirem uma significância crescente ao longo do ciclo de vida, servindo como base do desenvolvimento psicossocial da criança. É também amplamente estudado o quanto a prematuridade é um fator potencialmente capaz de impactar inúmeras áreas da vida não só da família, mas maioritariamente da mãe, trazendo por vezes dificuldades na criação da relação mãe-bebê. Fatores impactantes no sistema familiar e, principalmente, na vivência materna do nascimento do seu/sua filho/a prematuro, podem ser facilitadores ou não da criação de um vínculo seguro entre a díade. Desta forma, foi efetuado um estudo qualitativo exploratório acerca das percepções maternas sobre a prematuridade e as fases que se seguem após o nascimento do bebê prematuro. Foram conduzidas quatro entrevistas individuais, semiestruturadas, analisadas através de um procedimento de análise temática e de conteúdo (Bardin, 2009).

Como resultados obtidos, é possível dividi-los em dois grupos, essenciais na fase da análise e discussão dos resultados: uma experiência materna manifestamente mais positiva, uma experiência que não se enquadra no extremo positivo ou negativo, e duas experiências onde os sentimentos negativos foram frequentemente mais relatados, e por isso analisados e discutidos, em comparação. Mães que relatam menor percepção

de autoeficácia, défice entre a expectativa face aos cuidados prestados *versus* cuidados prestados, privação de contacto com o bebé, mais sentimentos de culpa face ao parto prematuro, percecionam, de modo geral, maior dificuldade no processamento da experiência da prematuridade, podendo ser um sinal de alerta para a construção de um vínculo seguro.

Keywords

attachment, attachment styles, prematurity, perception of experience, mother-infant interaction

abstract

Scientific evidence has suggested for many decades how much the relationships established with caregivers are fundamental models on which human beings grow. It is also widely studied how prematurity is a factor potentially capable of impacting innumerable areas of life, not only of the family, but mostly of the mother, sometimes bringing difficulties in creating the mother-baby relationship. Impacting factors in the family system and, mainly, in the maternal experience of the birth of her/his premature child, may or may not facilitate the creation of a secure bond between the dyad. In this way, a qualitative and exploratory study was carried out on the maternal perceptions of prematurity and the stages that follow after the birth of the premature baby, four semi-structured interviews were carried out, analyzed through a thematic and content analysis procedure (Bardin, 2009).

As results obtained, it is possible to divide them into two groups, essential in the phase of analysis and discussion of the results: a manifestly more positive maternal experience, an experience that does not fit into the positive or negative extreme, and two experiences where the negative feelings were frequently more reported, and therefore analyzed and discussed, in comparison. Mothers who report a lower perception of self-efficacy, a deficit between the expectation of the care provided versus the care actually provided, deprivation of contact with the baby, more feelings of guilt in the face of premature birth, generally perceive greater

difficulty in processing the experience of prematurity, which may be a warning sign for building a safe bond.

Índice

| | |
|--|---------------|
| Introdução..... | - 1 - |
| Enquadramento Teórico..... | - 4 - |
| A Vinculação | - 4 - |
| Anteriores Conceitos..... | - 4 - |
| Do Vínculo Primário ao Estabelecimento da Vinculação | - 5 - |
| Modelos Internos Dinâmicos..... | - 8 - |
| Padrões de Vinculação..... | - 10 - |
| Preocupação Materna Primária | - 13 - |
| Prematuridade | - 14 - |
| Conceito de Prematuridade, Obstáculos Iniciais e Fatores de Risco para um Parto | |
| Prematuro..... | - 14 - |
| Gravidez..... | - 16 - |
| Parto e Pós-Parto | - 16 - |
| Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais..... | - 18 - |
| Bebé Sonhado versus Bebé Real..... | - 19 - |
| O Contacto Pele a Pele após o Nascimento | - 20 - |
| O Período Pós Alta Hospitalar..... | - 22 - |
| Método..... | - 23 - |
| Tipo de Estudo | - 23 - |
| Participantes..... | - 23 - |
| Instrumento..... | - 24 - |
| Procedimento | - 25 - |
| Construção do Instrumento | - 25 - |
| Validação do Instrumento..... | - 27 - |
| Considerações Éticas | - 28 - |
| Recolha de Dados | - 28 - |

| | |
|--|---------------|
| Análise de Dados | - 29 - |
| Análise de Resultados e Discussão | - 30 - |
| Conclusão | - 55 - |
| Implicações Práticas..... | - 57 - |
| Referências | - 59 - |
| Anexos | - 69 - |
| Anexo 1- Parecer da Comissão de Ética para a investigação da Universidade Europeia- | 69 |
| - | |
| Anexo 2- Guião de Entrevista..... | - 70 - |

Índice de Tabelas

| | |
|---|--------|
| Tabela 1 Temas e Categorias Utilizadas na Construção do Guião de Entrevista | - 26 - |
| Tabela 2 Grelha de Categorização das Entrevistas | - 72 - |

Introdução

Desde o momento em que o bebé nasce e no decorrer do seu primeiro ano de vida, as interações mãe-bebé desempenham um papel primordial para que o bebé construa, aquilo que é a sua representação do que é possível prever como resposta materna, bem como a representação do afeto na sua generalidade (Bowlby, 1982). Para que isso aconteça, e como o bebé não desempenha um papel passivo nas interações mãe-bebé, representa um elemento ativo ao emitir sons, quando chora, quando emite expressões faciais diversas, quando sorri, quando se agarra. Quando isto acontece, a sensibilidade materna ao estado do outro, neste caso, ao estado do bebé, funcionará como uma resposta aquilo que o bebé procura. As respostas dadas, acabarão por ser a forma imediata de estreitar e fortalecer as ligações e comportamentos de vinculação entre o bebé e a cuidadora primária em específico, a mãe (Simpson et al., 2020).

No entanto, após o nascimento de um bebé prematuro todas as fases que tipicamente se sucedem ao nascimento, são de certa forma distintas quando comparadas com o nascimento de um bebé de termo, e como tal, variáveis em diversos fatores dado que muitas das vezes existem riscos associados, não só ao nível da sobrevivência do próprio bebé, como em *outcomes* desenvolvimentais futuros. O nascimento de um bebé prematuro (nascido antes das 37 semanas de gestação) (World Health Organization, 2022) é um momento de grande impacto na vida familiar, nomeadamente para a mãe que se vê muitas das vezes desde logo privada do contacto imediato com o seu filho, apesar de essa já não ser a recomendação atual, segundo a Organização Mundial de Saúde (Føreland et al., 2022).

Desta forma, poderá existir uma discrepância entre as expectativas criadas durante a gravidez e aquilo que passa a ser a realidade. Em consonância com a literatura, as diferenças entre experiências de mães de bebés de termo e os grupos de mães de bebés prematuros, são ainda mais evidentes quando são necessários cuidados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) (Gonçalves et al., 2020).

Adicionalmente, os antecedentes do momento de um parto prematuro (i.e internamento materno por vezes, controlos com maior periodicidade por algum sinal de atenção já durante a gravidez) bem como o período que se sucede, tanto para a mãe como para o bebé, bem como o estado clínico do bebé são referidos ainda como uma problemática que poderá influenciar o

processo de estabelecimento de vínculo. É, no entanto, uma experiência variável de mãe para mãe, dado que fatores individuais maternos vão ser relevantes no processamento de toda a experiência (McIntosh et al., 2004).

Ademais, a investigação revela que o momento do nascimento de um bebé prematuro pode vir a ser percecionado pela mãe como um momento de sensação de perda de controlo associado ao internamento do bebé, frustração face à inevitabilidade do momento, e sentimentos de insegurança face às suas competências quando comparadas com os profissionais de saúde envolvidos. No que diz respeito ao papel materno, a literatura sugere que mães em situação de internamento em UCIN com o seu bebé, sentiram dificuldades no seu papel enquanto figura materna nos primeiros tempos de vida do seu bebé, tendo sido encontradas descrições de falta de preparação e distanciamento face ao bebé (Lupton & Fenwick, 2001). O nascimento de um bebé prematuro, foi ainda equiparado a um momento de crise, independentemente de o bebé ter estado, em algum momento, em risco de vida (Spielman & Ben-Ari, 2009).

Na literatura revista para este estudo, foram encontradas lacunas evidentes ao nível do que poderá efetivamente ser feito a respeito da melhoria dos fatores ambientais e pessoais, sem associação direta a nenhuma perturbação prévia ou subsequente ao momento do nascimento. O principal objetivo do presente estudo cingiu-se a contribuir para o entendimento do que poderão ser os fatores descritos como mais afetados na experiência da maternidade aquando do nascimento de um bebé prematuro, e de que forma isso afeta a vinculação na díade, através de um estudo qualitativo e da análise da perceção materna sobre a sua experiência acerca das vivências inerentes ao nascimento de um bebé prematuro.

A presente dissertação divide-se em quatro capítulos principais. No primeiro capítulo, foi apresentado o enquadramento teórico referente aos temas principais em análise, tanto referentes à vinculação como à prematuridade. Para além dos dois grandes temas centrais, são ainda analisados subtemas diretamente relacionados a cada um dos dois, tais como: os conceitos anteriores sobre as várias conceptualizações existentes acerca da vinculação, a vinculação e sua definição atual, os modelos internos dinâmicos, os padrões de vinculação e por fim, a preocupação materna primária. No que concerne à prematuridade, foi abordado o conceito per si e fatores de risco para um parto prematuro, a disparidade por vezes existente entre o bebé sonhado e o bebé real, a importância do contacto pele a pele após o nascimento e o período após a alta hospitalar. No segundo capítulo, foi abordada a metodologia, onde foi explicado o tipo de estudo desenvolvido, assim como a

caracterização dos participantes e procedimentos necessários para que a sua realização fosse possível. O instrumento utilizado, é ainda descrito neste mesmo capítulo, assim como a análise dos dados. No terceiro capítulo, são apresentados os resultados obtidos, neste caso, de caráter qualitativo. Por último, no quarto capítulo, foi feita uma análise extensiva acerca dos resultados do presente estudo, implicações para a prática, terminando com a conclusão.

Enquadramento Teórico

A Vinculação

Anteriores Conceitos

Até à década de 60, os modelos teóricos dominantes sobre a relação mãe-bebé, eram assentes nas conceptualizações da Psicanálise Freudiana. De acordo com este modelo teórico, a mãe não era mais do que um objeto que tinha como função satisfazer as necessidades básicas e primárias do bebé (Holmes, 2014). As principais conceções anteriores tinham por base teóricos como Sigmund Freud e os seus sucessores. Entre as diferentes conceptualizações existentes à data, existiam teorias explicativas da ligação da mãe ao bebé, e nenhuma delas considerava a ligação para além das necessidades fisiológicas que tinham que ser suprimidas (Blum, 2004).

De acordo com estes modelos, a ligação emocional da mãe ao bebé, era vista não só como algo que surgiria apenas com o tempo, mas como tendo uma importância secundária. Em resumo, esta perspetiva, e contrariamente a modelos mais atuais, o vínculo afetivo inicial na díade mãe-bebé, não era visto como fulcral ao desenvolvimento do mesmo nos primeiros anos de vida (Bowlby, 1982).

A teoria da pulsão secundária, baseada em conceptualizações Freudianas e autores que trabalharam sob as mesmas, conceptualizava a relação entre a mãe e o bebé como relação de satisfação das necessidades de alimento e aconchego/calor, sendo essa a única razão que ligava o bebé à mãe, numa primeira instância. A ligação emocional, viria como um acréscimo, pelo facto de a mãe ser a sua fonte de satisfação de necessidades básicas, sendo a satisfação das mesmas considerada primordial (Ajuriaguerra & López-Zea, 1977; Lamb et al., 2013)

De acordo com as perspetivas mais atuais, o bebé não é um ser passivo nas interações da díade mãe-bebé, sendo um elemento ativo em diversos momentos: emite sons, quando chora, quando emite expressões faciais diversas, quando sorri. Desta forma, através da regulação mútua, tanto os comportamentos do bebé como os comportamentos da mãe têm como propósito a regulação dos vários estados em que o bebé se poderá apresentar: com fome, alegria, excitação, entre outros (Stern, 2009).

Tudo isto, exigirá da mãe e dos cuidadores mais próximos uma sensibilidade ao estado do outro, neste caso, ao estado do bebé, funcionando como uma resposta, sensitiva, às necessidades do bebé. As respostas dadas ao bebé, descrito na literatura (responsividade ao choro, *holding*, tocar, entre outros), parecem ser necessárias para estreitar e fortalecer as ligações e comportamentos de ligação emocional entre o bebé e esse cuidador em particular, tipicamente a mãe (Simpson et al., 2020).

Desta forma, os modelos mais recentes destacam a importância da relação recíproca entre a mãe e o bebé. Para que a relação entre ambos se continue a construir, será necessário mais do que apenas a satisfação das necessidades básicas, como a alimentação. A necessidade do bebé estar em contacto com um ser humano e de se vincular ao mesmo, era vista até então como uma necessidade que o bebé tinha de possuir algo/alguém que fosse independente da satisfação das necessidades básicas, fazendo com que desta forma o conforto e necessidade de vínculo, sejam também eles vistos como essenciais à sobrevivência do bebé. Eram essenciais à sua sobrevivência, denominando-se, à época, como a teoria do vínculo ao objeto primário (Bowlby, 1982).

Do Vínculo Primário ao Estabelecimento da Vinculação

Bowlby, explorou conceitos até hoje vigentes nos estudos desenvolvidos recentemente, e essenciais ao contributo daquilo que é, atualmente, o estudo da vinculação. Com o seu afastamento e discórdia de muitos dos princípios da Psicanálise Freudiana, o autor contribuiu com uma visão distinta e divergente à que, na época, se centrava maioritariamente na exclusiva satisfação das necessidades básicas da criança, visto que era esse o papel entendido como quase exclusivo dos cuidadores, e que no decorrer da vida da criança, ganharia eventualmente algum significado afetivo na vida da mesma.

Diferenciando-se da perspectiva anterior, Bowlby após várias reflexões teóricas, sugeriu uma compreensão diferente deste processo psicológico. Desta forma, é salientada a importância do contacto contínuo entre a díade, como fator envolvido num conjunto de processos: manutenção da autoeficácia materna no desenvolvimento do seu papel materno; promoção do estabelecimento de trocas interacionais entre a mãe e o bebé, e sobretudo no caso das crianças prematuras, estimulada através do toque. O processo interacional mãe-bebé não é considerado unidirecional, e no que diz respeito a estudos desenvolvidos com mães de bebés prematuros quando comparadas com mães de

bebés de termo, têm uma maior probabilidade de desenvolver comportamentos de maior intrusão, controlo, e de desenvolver em consequência um padrão interacional desajustado face ao bebé. Estudos desenvolvidos com bebés de termo, revelaram que o cuidado sensível e menos intrusivo está associado a respostas mais adaptativas a contextos de *stress*, assim como a níveis mais baixos de cortisol no bebé. Desta forma, existem associações verificadas, que acabam por estabelecer um conjunto de questões a ter em atenção quando se fala da separação mãe-bebé. No contexto analisado no presente estudo, a necessidade de proximidade e contacto entre a mãe e o bebé revela adquirir maior importância não só pelas questões da identidade materna, mas também por questões muito particulares e características do bebé prematuro (e.g. suscetibilidade a contextos de stress) (Forcada-Guex et al., 2011; Moutinho et al., 2023).

No entanto, estudos já desenvolvidos no período após a Segunda Guerra Mundial, com crianças separadas das suas mães, entregues a creches que funcionavam como residenciais, relataram o possível impacto da separação no futuro desenvolvimento da personalidade no decorrer do seu percurso de vida, bem como eventuais perturbações psicológicas (Van der Horst, 2011). Mais tarde, estudos elaborados por René Spitz, chegam a conclusões bastante semelhantes, quando efetua a comparação entre crianças num berçário, e crianças inseridas num orfanato. O que diferenciava principalmente estes dois locais, era a privação do contacto materno e tudo o que advinha do mesmo, em termos afetivos. Nos orfanatos, os bebés mesmo sendo alimentados e vestidos, quando privados do contacto com a figura materna e tudo o que isso implica, apresentavam uma síndrome, descrita por Spitz como “hospitalismo”. O desenvolvimento infantil, ficava desta forma afetado e limitado, pois progressivamente deixavam de comer, de ganhar peso, e o interesse pela criação de relações era nulo. Para Spitz, já em 1945 a presença dos pais e afeto dos mesmos era crucial ao desenvolvimento do bebé (Brum & Schermann, 2004; Goliath, & Simanke, 2022).

Os resultados deste estudo, sugerem que a troca afetiva entre o cuidador primário e o bebé é necessária ao desenvolvimento do mesmo, seja a nível físico, psíquico ou comportamental (Spitz, 1945). Esta interação deve caracterizar-se por uma troca recíproca, entre a díade.

A ausência ou privação deste contacto, como verificado nas crianças institucionalizadas, representava consequências graves, tais como: comportamentos de insensibilidade, falta de interesse e entusiasmo em interação com terceiros e objetos, assim como retraimento (Rajecki & Obmascher, 1978).

Bowlby, tal como acima referido, baseou os seus estudos não só em estudos observacionais, como na troca de argumentos e ideias com outros nomes sonantes na comunidade científica, com quem viria a trabalhar de seguida, entre eles Harry Harlow. Em 1952, quando escreve o seu relatório para a World Health Organization (WHO, 1952), já considerava ter bases suficientes para afirmar o que outrora o fez divergir da teoria psicanalítica. Em 1958, com o suporte empírico da teoria de Harry Harlow, com experiências feitas com macacos *rhesus*, a sua teoria adquiriu ainda mais robustez do ponto de vista científico. O estudo de Harlow (1958), foi desenvolvido com duas mães fictícias, uma delas construída em arame que alimentava os macacos, e outra de um material sedoso, semelhante a um peluche, e confortável, sem alimentar. Esta condição foi posteriormente invertida, em quatro macacos de cada vez. O tempo que os macacos passavam junto à mãe de pano/peluche era significativamente maior do que o tempo que passavam junto à mãe de arame, ainda que esta os alimentasse. Os resultados do estudo feito por Harlow acabaram por se tornar surpreendentes, à data, uma vez que nunca foi expectável que a variável do conforto e do contacto físico superasse tão largamente a associação à satisfação das necessidades básicas, como a fome a sede (Harlow, & Zimmermann, 1958).

Teoria da Vinculação

Utilizando não só os seus próprios estudos como estudos desenvolvidos pelos autores acima referidos e as suas contribuições para a comunidade científica, John Bowlby dedicou três obras reconhecidas (1982, 1973, 1980) ao estudo extensivo da teoria da vinculação e dos processos de separação e perda. No entanto, dedicou-se posteriormente ao estudo particular dos constructos chave que constituem e formaram a teoria da vinculação.

A vinculação, *per si*, pode ser definida como a ligação afetiva de dependência mútua, que se estabelece com as figuras de vinculação. A ativação daquilo que é considerado o comportamento de vinculação, vai depender diretamente de condições ambientais que o despoletam. Tipicamente, manifesta-se em situações de afastamento da figura principal de vinculação, quando existe uma ameaça, ou uma necessidade básica que depende do outro para ser suprida. Numa fase inicial, Bowlby conceptualizou a ativação do sistema de vinculação como um sistema de “*start and stop*” em que a criança não ativa o seu comportamento de vinculação quando se sente segura e

confortável, mas sim quando sente desconforto ou ameaça. Após o desaparecimento desta ameaça ou desconforto, a ativação do comportamento de vinculação teoricamente não existira. No entanto, anos após, primeiramente por Mary Ainsworth (1978), foi sugerido de que a completa inativação deste sistema poderia suscitar, aquando da sua necessidade de ativação, reações bastante intensas e necessidades de contacto com a figura de vinculação inadiáveis. Desta forma, ao invés de inativo, o sistema de vinculação permanece continuamente ativo, e por isso, quando o comportamento de vinculação é ativado, a necessidade de contacto com a figura de vinculação pode ou não ser mais intensa (Ainsworth, 1978, cit. por Prior & Glaser, 2006).

Modelos Internos Dinâmicos

Para que a ativação dos comportamentos de vinculação do bebé exista, há uma série de condições ambientais que têm de ser expectavelmente asseguradas na díade, para que exista um sentimento de segurança, e como tal, a perceção de que existe uma figura cuidadora pronta a responder às necessidades do bebé. Quando existem sentimentos de insegurança, os comportamentos de vinculação são consequentemente ativados. A díade mãe-bebé é a base de quase todas as grandes conquistas e evoluções no que concerne ao desenvolvimento do bebé, aos mais diversos níveis. É com base nas experiências vividas entre mãe e bebé nos primeiros meses de vida, que o bebé percebe que é ali que pode encontrar e procurar o seu equilíbrio e regulação. Desta forma, é de particular importância que o bebé encontre na mãe alguém responsivo face às suas necessidades, previsível, e que não age de forma inconstante.

Durante o primeiro ano de vida, o comportamento e as reações observáveis por parte do bebé não são totalmente intencionais, atingindo a intencionalidade plena de comportamento pelo primeiro ano de vida, altura em que tipicamente se desenvolve a locomoção e passa a ter comportamentos de maior exploração do meio. A intencionalidade do comportamento é, nesta altura, baseada nas experiências vividas durante o primeiro ano de vida (Fonagy et al., 2018).

Em consonância com o afeto necessário e indispensável entre mãe e filho, mediante o padrão de cuidados mantido pelo cuidador primário, fará com que a criança possa criar uma base segura (*safe haven*), descrita por Bowlby, como a atitude responsiva, disponível, e de ajuda, que o cuidador primário se propõe a ter quando a criança recorre a si por motivos de stress, desconforto, sensação de ameaça, necessidade de auxílio em alguma atividade, entre outras. Quando o bebé

perceciona a sua base como segura, explora o ambiente, correndo riscos, e progressivamente explora o meio com segurança. Quando a criança desenvolve um vínculo emocional seguro com os cuidadores, a exploração é feita em consonância com as capacidades adquiridas ao longo do tempo, atingindo, desta forma, uma maior autonomia (Bowlby, 2008; Fonagy & Target, 1997).

Com base na interação e relacionamento diário e constante da díade, os próprios modelos internos do bebé, designação dada por Bowlby (1973) vão sendo progressivamente construídos, através da acessibilidade, previsibilidade e constância dos cuidados que lhe são prestados. É, desta forma, que o bebé significa progressivamente as respostas que obtém dos cuidadores, nomeadamente da mãe, em momentos que expressa que sente necessidade que sente da mesma. Mediante uma resposta em sintonia com as necessidades do bebé, o bebé inicia a formação dos seus próprios modelos internos (Bowlby, 1973; Prior & Glaser, 2006; Zimmermann, 1999).

No entanto, não são apenas os modelos internos do bebé que atuam e demonstram ter alguma influência na construção da relação mãe-bebé. Quando nasce um bebé, nasce uma mãe. E como tal, fatores maternos estão implicados naquilo que é a relação da díade, nomeadamente os modelos internos da própria mãe. Pela mesma altura que Bowlby ressalva o quão importantes são as experiências entre mãe e bebé para a construção dos modelos internos do bebé, diz-nos também que os modelos internos dos cuidadores influenciam de igual forma a capacidade e sensibilidade que existe da parte da mãe em responder ao seu/sua filho/a. Ademais, é reforçada na literatura a influência do padrão de vinculação da mãe, na vivência subjetiva da própria gravidez. Padrões de vinculação inseguros tendem a associar-se mais a emoções ambivalentes face ao bebé durante este período (Santona, 2015; Gerlsma & Luteijn, 2000).

Na construção do padrão de vinculação, várias são as variáveis a ter em conta para a formação do mesmo. Para que a criança consiga progressivamente criar uma representação interna daquilo que pode esperar do cuidador primário (i.e tipicamente a mãe), é necessário que ocorra um conjunto de interações, em que tanto os modelos internos da mãe são um fator determinante na construção do padrão de vinculação do bebé, como a representação progressiva que o bebé vai construindo daquilo que pode, efetivamente, esperar (Beebe et al., 2012). A relação construída com a figura de vinculação, acaba por se basear na construção de expectativas face às respostas dadas pela mesma. Bebés que tenham experienciado respostas previsíveis, sentido disponibilidade por parte da mãe e sobretudo a capacidade de responder às suas necessidades, tendem a criar uma imagem positiva da sua figura de vinculação, e progressivamente de si mesmos. Desta forma,

constroem um modelo interno dinâmico que reflete a confiança que foram construindo com a figura de vinculação. Podem explorar, recorrer à figura de vinculação quando necessário porque ela estará lá para o que for necessário. Figuras de vinculação com comportamentos hostis, inconsistentes, intrusivas e pouco responsivas, fazem com que as representações tanto da figura de vinculação como do próprio *self* sejam baseadas em sentimentos de insegurança, criando um modelo interno dinâmico assente em sentimentos de desconfiança, imprevisibilidade e pouco espaço para explorar, visto que a resposta dada pela figura de vinculação pode ser imprevisível ou variável (Beebe et al., 2012; Verschueren et al., 1996; Sherman et al., 2015).

Padrões de Vinculação

As conclusões retiradas na comunidade científica, em estudos relativos aos padrões de vinculação, foram inicialmente baseadas nos estudos feitos por Mary Ainsworth (1964, 1967, 1969, 1978). No entanto, contrariamente às contestações frequentes, Ainsworth demonstrava ter uma base sólida de evidências, tendo efetuado estudos prospetivos que comprovavam a base da sua teoria, concluindo que o padrão de vinculação existente quando observado pela primeira vez, era consistente com o observado doze meses depois. Apesar do estudo sobre a Situação Estranha ter ficado reconhecido na comunidade científica, em grande parte, pela observação direta da interação mãe-bebé durante um período aproximado de vinte minutos, Mary Ainsworth alargou este estudo a outros contextos, que se estenderam no tempo, tendo chegado a acompanhar mães durante o período acima referido, em visitas periódicas (Ainsworth et al., 2015; Van Rosmalen et al., 2015).

Experiências desenvolvidas por Mary Ainsworth (1969) em laboratório, permitiram observar os comportamentos de vinculação do bebé *in loco*, permitindo ao observador inferir características visíveis e típicas dos modelos internos do bebé, através da chamada “situação estranha”. A situação estranha, foi a denominação atribuída ao procedimento laboratorial, que consiste num seguimento de vários episódios através de uma ordem fixa, com o objetivo de ativar e/ou intensificar o comportamento de vinculação do bebé. O nome “estranho” foi utilizado para denominar a situação, visto que envolviam sempre o desconhecimento da situação e do respetivo estímulo. Ainsworth, acreditava que os comportamentos de vinculação podiam ser ativados mais incisivamente quando a situação fosse totalmente desconhecida, visto que no ambiente familiar o

resultado poderia ser enviesado. O princípio comum da experiência era observar o comportamento exploratório do bebê, resposta do bebê à presença de um estranho, resposta à ausência da mãe, a sua resposta ao regresso da mãe, tudo isto na presença de um estranho, em momentos distintos em que num primeiro momento estava acompanhado pela mãe e/ou por um estranho que, entretanto, passava a fazer parte do momento. O bebê era apresentado a uma sala com alguns jogos, para que o comportamento exploratório fosse estimulado pela diversidade de brinquedos que tinha à sua volta. No momento dois, entra um novo elemento (i.e o estranho), e no momento três a mãe sai por breves minutos e deixa o bebê apenas com o estranho. Após ter o primeiro contacto com o estranho e o regresso da mãe ao ambiente, existem dois momentos: um segundo momento de separação com a mãe em que fica apenas o bebê na sala, e depois com o estranho, que regressa para perto do bebê antes da mãe. Por ordem crescente, os episódios estão ordenados entre aquele que se acreditava ser o menos provável de ativar o comportamento de vinculação e aquele que podia ser o mais provável de ativar de forma mais intensa o comportamento de vinculação do bebê.

Maioritariamente, os grandes objetivos deste paradigma experimental, foram entender de que forma as diferenças individuais de cada criança podem influenciar a forma como responde a determinados estímulos à ativação do comportamento de vinculação (Ainsworth et al., 2015). Os codificadores certificados classificariam o comportamento do bebê em relação à mãe, descritivas do comportamento manifestado: procura pela proximidade, manutenção do contacto, evitamento da proximidade e resistência ao contacto.

Assim, mediante o que fosse possível observar, os bebês eram classificados entre três padrões de vinculação: Seguro; Inseguro-Evitante; Inseguro-Resistente. No padrão de vinculação segura, os bebês tendiam a procurar contacto com a mãe após o reencontro, retomando a exploração quando se voltassem a sentir seguros e cómodos. No padrão de vinculação inseguro-evitante, é observável uma menor interação com a mãe após o reencontro, e a proximidade é evitada. Por último, os bebês inseguros resistentes demonstram maiores oscilações e ambivalências entre estados quando se reencontram, por fim, com a mãe (Behrens et al., 2011).

Desta forma, e após estudos posteriores, passaram a ser identificados na literatura quatro principais padrões de vinculação: Segura, Insegura-Evitante, Insegura-Resistente e Desorganizada.

As crianças consideradas como seguras (i.e sistema de vinculação seguro), explorariam com alguma facilidade o meio envolvente na presença do cuidador primário, e ficam ansiosas aquando da presença de um estranho no mesmo ambiente, evitando o contacto com o mesmo. Após o

regresso da mãe, procuram, tipicamente, o contacto com o cuidador quando ele regressa, demonstram-se mais tranquilas, e voltam a explorar livremente o ambiente, de forma segura. Os bebés com um sistema de vinculação ansioso-evitante, não evidenciam manifestações de ansiedade quando separados da figura materna, e por vezes podem chegar a nem sequer procurar o seu conforto quando este regressa. Podem mesmo até chegar a não demonstrar uma preferência entre o cuidador versus o estranho.

Na terceira situação possível, bebés considerados ansiosos/resistentes, exploram e brincam de forma limitada, não fazendo muitas das vezes o pleno uso do espaço ou de tudo o que possa ser deixado à exposição, sugerindo que não existe segurança suficiente para explorar o ambiente, e fazer uso do que existe. As brincadeiras são mais limitadas, tornando a exploração menos ativa. Ficam manifestamente mais perturbados com a separação e demonstram dificuldade no momento pós separação: choro sem pausas, rigidez no comportamento e brincadeiras limitadas. Quando o cuidador regressa e tenta confortar o bebé, a ansiedade, inquietude e exteriorizações de raiva, fazem com que este não desfrute da proximidade e do conforto que o cuidador tenta prestar. Existe, ainda, um quarto grupo de bebés categorizado como desorganizado/desligado, identificado e caracterizado por Main e Solomon, em 1986, com características distintas dos outros três padrões anteriormente descritos. O padrão de vinculação desorganizado/desligado, é resultado de uma inconstância nos cuidados e tipicamente uma ambivalência de cuidados por parte do cuidador, que tanto protege como ameaça. Como tal, a ativação do comportamento de vinculação é sustentada por duas emoções que acabam por entrar em conflito direto: o desejo de conforto e a procura e o medo da ameaça. Pode ser resultado de situações extremas, como separações repetidas e/ou prolongadas do cuidador primário, conflito próximo e/ou negligência grave ou abusos, tanto físicos como sexuais (Fonagy et al., 2018; Frodi & Thompson, 1985; Simpson et al., 2020).

Expectavelmente, um desenvolvimento saudável e harmonioso da criança está relacionado positivamente com um padrão de vinculação específico, a vinculação segura (Schore, 2001). O padrão de vinculação, é definido pela forma constante, previsível e sobretudo sensível e sintónica como os cuidadores, especialmente o cuidador primário, tipicamente a mãe, se comporta face ao bebé nos primeiros anos de vida. Os outros três padrões de vinculação, associam-se a possíveis questões futuras de eventuais dificuldades relacionais, bem como, quando comparados com padrões de vinculação seguros evidenciam diferenças em fatores pessoais e contextuais, entre eles: a autoconfiança, a regulação emocional, e as competências sociais que se evidenciam em interação

com terceiros (Sroufe, 2005). De acordo com Stern (1985), a mãe responsiva e sintonizada com os ritmos do seu bebê, modula os ritmos do mesmo quando os níveis de atividade estão mais baixos e o bebê aparenta estar entediado. A mãe que é capaz de se sintonizar com o estado afetivo do bebê (colocar em prática o *attunment*) quando segue o balbuciar, sons e movimentos específicos que o bebê emite, com um ritmo e amplitude sintonizados. Deste modo, as imitações, apesar de não terem de ser 100% iguais ao comportamento ou vocalização do bebê, mas devem, expectavelmente, espelhar uma sintonia com o estado interno do bebê, que foi manifestado por um comportamento explícito. Devem, por isso, ser perceptíveis o suficiente para que o bebê perceba que a mãe estará a responder em sintonia com a sua manifestação anterior.

Por sua vez, mães de bebês com um padrão de vinculação mais inseguro, tendem a ser mais recatadas, menos responsivas nas suas interações, de modo a que consiga restabelecer o equilíbrio. A resposta materna, não se considera, assim, em sintonia afetiva com a do bebê. Stern (1985), considera ainda que os vínculos inseguros têm origem em mães que foram intrusivas no momento de se tentarem sintonizar com o bebê, ou não responsivas, concluindo desta forma que a sintonização afetiva é um grande preditor da construção da sensação de integridade da identidade do bebê (Holmes, 2014; Stern, 2018).

Preocupação Materna Primária

A par com as temáticas discutidas por Bowlby e os seus importantes contributos, outros autores deram importantes contributos à teorização daquilo que é, à data, um dos temas mais discutidos e abordados na comunidade científica, a vinculação e a ligação mãe-bebê. Donald Winnicott, reconhecido autor com formação de base maioritariamente kleiniana, insere-se no vasto grupo de autores que se insurgiu contra os princípios básicos da Psicanálise, e analogia da mãe e do seu papel como “objeto” puramente utilitário e com fins de satisfazer necessidades básicas e fisiológicas do bebê. Winnicott, propôs que existe um fenómeno psicológico existente na mãe do bebê, que “nasce” ainda durante a gravidez, alcança o seu expoente máximo no término da mesma, denominado de preocupação materna primária (Hauptman & Reeves, 2018).

Esta preocupação, descrita por Winnicott não tende a ser lembrada pela mãe após a recuperação do parto e da gravidez, e descreve-se maioritariamente por uma hipersensibilidade marcada por parte da mãe (Ajuriaguerra & López-Zea, 1977). É demonstrada face ao que é

transmitido pelo bebé, e desenvolve a capacidade de sintonia com as necessidades mais profundas do/a seu/sua filho/a. Na perspetiva deste autor, quando a preocupação materna primária existe, estão reunidas as condições necessárias para que a criança, segundo uma perspetiva evolutiva, no sentido da independência progressiva e exploração gradual do ambiente. Não obstante, Winnicott diferia de Bowlby num dos pontos das suas teorias: para Winnicott, o bebé depende totalmente da mãe, tanto fisiologicamente como para as restantes necessidades do mesmo, enquanto que para Bowlby, o que liga o bebé à mãe é maioritariamente o comportamento de vinculação perante a mesma. Diferem, sobretudo, na perspetiva relativa ao nascimento: Segundo os estudos feitos por Bowlby, a criança quando nasce não se pode considerar apegada à mãe, visto que na sua ótica, antes das seis semanas de vida será improvável que qualquer apego propriamente dito exista. Afirma que dos seis meses em diante o vínculo é mais claro e estável, sendo que o seu pico de estabilidade será atingido por volta dos 18-24 meses (Brum & Schermann, 2004; Mariotti, 2012; Zimerman, 2009).

Na visão de Winnicott, o potencial inato que nasce com a criança para que esta se torne independente, só existe mediante um cuidado maternal mantido no tempo. O cuidado/função maternal tem, essencialmente, três fases: A fase do *Holding*, que diz respeito à capacidade de cuidar, manter, proteger e proporcionar estabilidade física e psíquica ao bebé. O *Handling*, que se encontra relacionado ao contacto íntimo com o bebé, no pele a pele com a mãe nomeadamente. Ajuda o bebé a ganhar uma progressiva noção entre aquilo que é a realidade interna da realidade externa (e.g “isto sou eu, sinto isto, e este é o meu corpo”) O *Object presenting*, diz respeito à apresentação de objetos externos diversos, feita pela mãe, em que o bebé ganha o contacto progressivo com o mundo externo, e a realidade (Ajuriaguerra & López-Zea, 1977).

Prematuridade

Conceito de Prematuridade, Obstáculos Iniciais e Fatores de Risco para um Parto Prematuro

Tal como acima descrito, ao longo dos anos, vários foram os paradigmas que vieram provar que a ligação mãe-bebé e construção do respetivo vínculo seguro, dificultar-se-ia em condições adversas. O nascimento de um bebé prematuro e tudo o que antecede o seu nascimento, constitui

um contexto não só particular, como novo para a maioria das mães. O contacto com a fragilidade inerente a um bebé prematuro (contacto espontâneo e imediato com o bebé é por vezes restrito), o ambiente experienciado em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, e o *stress* que advém de tudo isso acaba por constituir um fator de risco ao desenvolvimento de um vínculo seguro, ainda que não seja possível aferir a sua impossibilidade. No entanto, e apesar de existirem diferentes estudos com conclusões distintas, são várias as variáveis que poderão ser analisadas para uma melhor compreensão da ligação entre a prematuridade e a vinculação (Mehler et al., 2023; Korja et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023), um bebé pode ser enquadrado no quadro da prematuridade quando nasce antes das 37 semanas de gestação. Após o nascimento de um bebé prematuro, é importante ter em conta que existem diferenças mediante as várias categorias de prematuridade reconhecidas pela OMS, entre elas: os bebés classificados como prematuros extremos (nascidos com menos de 28 semanas), os classificados como muito prematuros (nascidos entre as 28 e as 32 semanas) e por fim, os prematuros moderados ou tardios (nascidos entre as 32 e 37 semanas). Para além de possíveis diferenças no prognóstico médico no momento do nascimento e de eventuais complicações futuras, quando comparados a bebés de termo, bebés prematuros podem ser mais difíceis de interpretar e menos responsivos na dinâmica internacional mãe-bebé (Beebe et al., 2018; OMS, 2023).

Vários são os fatores que têm sido identificados na literatura científica como associados ao parto prematuro, no entanto, são mencionados na literatura apenas como fatores de risco, e não como fatores que possam ser apontados como causa-efeito, à exceção de questões médicas que exijam a indução de parto antes do tempo, por razões clinicamente justificadas e que acabam por resultar na necessidade do nascimento de um bebé prematuro. Entre eles: a distensão uterina, história previa de aborto no segundo trimestre da gravidez, infeções sexualmente transmissíveis, pielonefrite, apendicite, infeção sistémica, cirurgias abdominais durante a gravidez, questões relacionadas com a placenta e anomalias decorrentes da mesma (descolamento de placenta, placenta prévia, sangramentos recorrentes), doenças crónicas maternas, abuso de substâncias durante e previamente ao período gestacional, entre outros fatores variáveis em cada caso individual (Cobo et al., 2020; Khandre et al., 2022). A importância do conhecimento dos fatores de risco acima referidos durante o período de preconceção, período que acontece a gravidez propriamente dita, quando planeada, é preditor de escolhas mais informadas e sobretudo do

conhecimento de riscos associados a determinadas doenças pré-existentes, que exigem um controlo médico regular, de forma a prevenir eventuais situações de risco tanto para a mãe como para o bebé, nomeadamente prevenir o parto prematuro, quando possível. Desta forma, acaba por ser possível que os profissionais envolvidos no processo possam ter em atenção eventuais sinais que possam ser indicativos de um parto antes do tempo previsto, sensibilizando os pais da forma mais adequada (Morrison, 2011; Nour, 2012).

Gravidez

A gravidez e o período que a sucede, o parto, são por si só períodos bastante peculiares da vida da mulher. Durante a gravidez, o corpo da mulher pode sofrer inúmeras alterações, não só corporais como psicológicas. Apesar da gravidez ser um processo vivido de forma distinta por cada mulher, há implicações comuns durante este período à maioria das mulheres, em que o seu bem-estar psicológico, físico e emocional não deve ser restringido apenas à presença ou ausência de patologia médica ou psicológica (Hodgkinson et al., 2014; Lagadec, 2018).

Devem ser tidas em conta todas as dimensões que sejam identificadas pelos profissionais envolvidos no processo e relatadas pela mulher como afetadas durante o período da gravidez, para que desta forma, o acompanhamento prestado durante este período seja o mais abrangente possível e, para além de focado no bebé, focado também na saúde materna a vários níveis. Áreas como o sono, bem-estar e limitações físicas, autoestima, histórico de depressão prévia e ansiedade pré-natal, são algumas das áreas relatadas como necessárias a ter em atenção durante o período da gravidez, dado as mudanças que podem sofrer, podendo até funcionar como eventuais preditores de depressão pós-parto, quando desajustadas (Jomeen, 2004).

Parto e Pós-Parto

O período pós-parto, é definido como o período que se inicia imediatamente a seguir ao nascimento do bebé, até seis semanas após. É um período de reajustamento físico e psicológico, em que a mãe vai progressivamente regressando ao seu estado anterior à gravidez (American Psychological Association, s.d). No entanto, no apesar do período pós-parto das mães de bebés prematuros ter inevitavelmente diferenças por questões relacionadas diretamente ao bebé e

respetivo internamento (quando necessário), existem fatores facilitadores deste período, nomeadamente: experiências prévias anteriores, estratégias de *coping* utilizadas, traços de personalidade da mãe, suporte social disponível, entre outros (Asadi et al., 2020).

Assim como a mulher que progressivamente adota o seu papel de mãe vai sentido as alterações existentes no decorrer da gravidez, parto e período pós parto, também o sistema familiar sofre uma alteração após o nascimento de um bebé. Após um nascimento que em questões temporais acontece antes do tempo, e conseqüentemente antes do término daquele que seria o tempo expectável que os pais teriam para se prepararem para a sua chegada, os sentimentos vivenciados pelos pais podem ser de luto e medo, face à situação nova que estão a viver (Gonçalves et al, 2020). As alterações no sistema familiar existem a vários níveis, tanto emocionais, tipicamente na ligação afetiva que tanto o pai como a mãe começam a construir com o bebé ainda na gravidez (nas idas ao hospital, falar com o bebé, sentir os movimentos ainda antes de nascer, planear o seu nascimento, falar sobre as expectativas para os primeiros tempos de vida enquanto família, entre outros), como materiais (gerir as compras necessárias a fazer dos utensílios base que o bebé necessita nos primeiros tempos de vida, reorganizar a gestão financeira, organizar o quarto do bebé, principalmente). As expectativas tanto da mãe como dos familiares modificam-se rapidamente, e acaba por despoletar muitas das vezes um início que poderá ser difícil, e que merece a atenção e compreensão dos membros envolvidos no processo, de forma mais próxima (Brazelton & Cramer, 1990).

No que diz respeito ao parto propriamente dito, é considerado um evento vivido de forma distinta por cada mulher. Para analisar o impacto do mesmo, tanto do evento *per se* como a experiência subjetiva do momento na ótica materna, devem ser tidos em conta vários domínios. A experiência, relaciona-se diretamente com o *outcome* positivo e seguro, neste caso com o nascimento do bebé saudável. O parto, quando descrito de forma isolada, não é mais do que um evento fisiológico, universal, e embora o seu desfecho possa ocorrer de duas formas principais (cesariana *versus* parto vaginal) quando avaliado enquanto experiência, deve ser avaliado como um constructo multidimensional, com dimensões que não devem ser menosprezadas (experiência emocional e psicológica) em detrimento de questões mais operacionalizáveis (mortalidade, número de intervenções, qualidade da assistência prestada, entre outros) (Larkin et al., 2009). Apesar de existirem estudos com resultados distintos sobre associações entre o tipo de parto e a satisfação materna com o momento, é consensual na investigação que a satisfação das mulheres

com o momento do parto está relacionado com o nível de envolvimento na tomada de decisões, apoio durante o processo de trabalho de parto, e não tanto com o tipo de parto *per si* (Jomeen, 2004; Johansson & Finnbogadóttir, 2019).

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Quando, de forma mais particular, é analisado o parto de um bebé prematuro, e sabendo que pode ser despoletado por uma serie de fatores de risco combinados entre eles, ou emergência médica, são inúmeros os fatores que podem acrescentar impacto ao momento do parto, e o momento que imediatamente se segue, o pós-parto. Quando o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é uma necessidade para o bebé, os pais tendem a relatar alguns fatores que impactam negativamente a experiência do internamento, principalmente por ser um ambiente desconhecido, altamente rodeado de tecnologia, com sons e máquinas ao redor, muitas das vezes utilizadas no bebé (Medina et al., 2018). Os fios, os ventiladores, e o medo do desconhecido são relatados como angustiantes, especialmente quando isso faz com que a própria aparência do bebé quase nem seja perceptível, o que provoca nos pais uma sensação de angústia e medo. Tudo isto, é percebido pelos pais como fatores que alteram a sua experiência de maternidade/paternidade, percepção de autoeficácia nos cuidados prestados ao bebé é relatada como reduzida, e provoca ainda uma sensação de perda do papel de cuidador, visto que o bebé passa a estar dependente da eficácia e cuidado de terceiros elementos, nomeadamente médicos e enfermeiros (Tahirkheli et al., 2014).

De forma geral, a permanência do bebé na UCIN, é sempre um momento que, para os pais, implica uma serie de questões na maioria das vezes não ponderadas de antemão. Apesar de existirem casos em que o internamento na UCIN é curto, todo o ambiente envolvente é causador de medo e ansiedade, causado por medo do desconhecido, ambiente diferente do que é conhecido, e perda de identidade do papel de “mãe” muitas das vezes, bem como as expectativas face ao mesmo. Com o prolongamento da estadia do bebé, estes sentimentos tendem a agravar-se (Fleury et al., 2014).

São reconhecidos inúmeros benefícios da participação dos pais nos cuidados do bebé mesmo quando internados, demonstrando resultados benéficos no período da alta. Um estudo feito por O'Brien (2014, cit. por Craig et al., 2015), UCIN que prestam cuidados centrados na família,

onde tanto o pai como a mãe são envolvidos no momento dos cuidados ao bebé tanto quanto possível, revelaram níveis de stress mais baixos, revelam sentir-se mais informadas e confiantes no cuidado prestado ao bebé. Um apoio centrado na relação da díade, em que a mãe responde aos comportamentos do bebé, revela resultados positivos na taxa de bebés que continuam amamentados pela mãe, até oito semanas pós nascimento (Phillips et al., 2012, cit por Craig et al., 2015). Tanto quanto possível, em unidades que prestam um cuidado centrado na família e não só no bebé, são feitas tentativas para fazer, por exemplo, coincidir horários do momento dos cuidados prestados ao bebé para quando os pais estão presentes, de modo a poderem participar diretamente e, caso seja possível, efetuarem por si mesmo o cuidado (Cockcroft, 2012).

Bebé Sonhado *versus* Bebé Real

Ainda durante o período da gravidez, que no caso de um bebé prematuro não durará os nove meses, a mãe, prepara-se para a sua chegada. Como referido anteriormente, isso implica um conjunto de adaptações práticas (financeiras, sociais, familiares laborais por vezes, entre outras), mas também psicológicas e emocionais. Segundo Brazelton e Cramer (1990) a imagem que a mãe vai criando, progressivamente ao longo da gravidez, prende-se com perceções que obtém diretamente do bebé (movimentos, padrões de resposta quando comunica com ele) mas também com os seus sonhos e desejos, muitas das vezes centrados em si própria. Quando o momento do nascimento chega, para uma mãe de bebé prematuro, muitas vezes alguns destes momentos ficaram por cumprir, ou por vezes ainda nem sequer tinham sido equacionados, dada a antecipação inesperada (ou não) do parto do seu bebé (Brazelton & Cramer, 1990).

De acordo com o conceito definido por Stern (1995), como “constelação da maternidade”, existem quatro temas chave inerentes a este conceito, e que se prendem precisamente com a expectativa que se vai formando durante os nove meses de gestação, e que progressivamente preparam a mulher para a nova tarefa que vai desempenhar na sua vida, a de ser mãe. A primeira tarefa, assente no princípio da vida e crescimento, diz respeito à preocupação materna com o crescimento e desenvolvimento do bebé. A segunda tarefa, denominada como relacionamento/envolvimento primário, muito relacionado com o envolvimento emocional na gravidez, e construção ainda *in útero*, da relação emocional da díade. A terceira tarefa, denominada como sistema de suporte, diz respeito aos sistemas de suporte envolvidos no processo da gravidez,

aos quais é possível recorrer quando e como necessário. A quarta e última tarefa, denominada como reorganização de identidade, diz respeito às alterações que a identidade da mãe sofre, durante o período da gravidez.

Cada uma das tarefas é variável de mulher para mulher, visto que depende de desejos próprios, medos, crenças, motivações, concebida como a tal constelação que é definida pelo autor. Stern (1955), argumenta ainda que a discrepância muitas vezes encontrada entre as representações maternas do seu bebé, quando comparadas entre o sétimo mês e períodos subsequentes, muitas das vezes diferem. Ao sétimo mês, e talvez por se aproximar a passos largos do fim, o tema organizador das preocupações maternas é, tipicamente, o medo. O medo poderá estar relacionado com temáticas mais comuns no fim da gravidez, onde se aproxima a fase de conhecer o bebé, como tal, o medo concentra-se em quatro temáticas chave: preocupações e dúvidas sobre o nascimento, a saúde e desenvolvimento do bebé e o medo de não ser uma mãe suficientemente boa. Após o sétimo mês, tudo fica mais concentrado em preocupações e receios ligados ao que está por vir, mais conectada com a realidade e não tanto com o imaginário. Desta forma, é hipotetizada na literatura uma possível relação com a preparação para o conhecimento da criança real (Innamorati, Sarracino & Dazzi, 2010; Stern, 1995).

Segundo Mathelin (1999, cit. por Fleck & Piccinini, 2013), mães de bebés prematuros tendem a evidenciar dificuldades em elaborar a interação existente com o bebé imaginário, devido à privação dos últimos meses de gravidez. Ocorre quase uma interrupção do percurso normal da gravidez, onde a mãe acaba por ser confrontada com o nascimento do “bebé real” mais cedo que o expectável. Relatos de estudos qualitativos, onde mães de bebés prematuros foram entrevistadas e questionadas sobre vários fatores, algumas delas revelam que sentiram falta de aproveitar, sobretudo, os últimos meses de gravidez e preparem-se para o papel que estavam prestes a conhecer, o da maternidade (Fleck & Piccinini, 2013).

O Contacto Pele a Pele após o Nascimento

A forma como os bebés nascem e o que é feito imediatamente de seguida, tem vindo a mudar, especialmente nas últimas quatro décadas, em que se acreditava que o bebé recém-nascido, caso estivesse saudável, era imediatamente retirado de perto da mãe para ser higienizado, pesado, vestido e medido. Ao dia de hoje, é reconhecido um maior benefício ao contacto pele a pele entre

mãe e bebê, assim que nasce, quando assim for possível, exceto obstáculos imediatos em termos de saúde tanto para a mãe como para o bebê. O contacto pele a pele (termo traduzido do inglês *skin to skin contact*, o mais comumente usado na literatura), começou por ser feito em Bogotá, cidade colombiana, e progressivamente espalhou-se pelos países nórdicos, atuais localidades de renome quando se fala desta prática (Føreland et al., 2022).

No contacto pele a pele, o bebê prematuro era colocado diretamente no peito da mãe, por questões de precariedade do espaço e limitações materiais, nomeadamente incubadoras. Ao dia de hoje, é uma prática executada por muitos profissionais envolvidos no momento do parto, sendo-lhe desta forma, reconhecidos benefícios: a estabilização da temperatura corporal do bebê, amamentação assim que possível e se a mãe desejar, bem como melhores resultados positivos na vinculação mãe-bebê. Mesmo após uma cesariana, caso seja feita anestesia geral, é recomendado que o bebê seja colocado em contacto pele a pele com a mãe assim que a mesma estiver responsiva. Apesar de serem relatados alguns obstáculos por ser um ambiente mais cirúrgico do que num parto vaginal, são auto-relatados pelas mães benefícios relacionados com a relação de proximidade com o bebê, e a forma como as ajudou a sentirem-se envolvidas, e perto dele. Num estudo feito por Hung & Berg (2011, cit. por Stevens et al., 2014), apesar de ser reconhecidamente pelos autores um campo (i.e associação entre o contacto pele a pele imediato e o alívio da dor materna) que necessita de mais investigação, existe um relato de uma mãe após uma cesariana e após o efeito da anestesia começar a desaparecer, que refere ter-se esquecido da dor porque sentia-se muito feliz por estar em contacto pele a pele com o seu bebê (Stevens et al., 2014).

Em duas revisões sistemáticas efetuadas sobre a o contacto pele a pele com pais de bebês prematuros, foi possível aferir que mães possibilitadas de o fazer, demonstraram melhores resultados ao nível da sensação de ligação ao seu bebê, níveis mais baixos de stress e ansiedade, maiores níveis de satisfação quando comparadas com mães que não tiveram a mesma experiência. Na segunda revisão sistemática feita sobre o tema, mães que tiveram oportunidade de efetuar o método canguru com o seu bebê regularmente e de forma consistente, relatam maiores níveis de satisfação materna, e taxas mais elevadas de amamentação. São reconhecidos inúmeros benefícios desta prática, não só para a mãe como para o bebê, especialmente a longo prazo, o contacto pele a pele foi mencionado como um dos fatores protetores da saúde mental dos pais, em particular da mãe. (Campbell et al., 2015; Jones & Santamaria, 2018).

O Período Pós Alta Hospitalar

O período após a permanência no hospital, seja por estadia prolongada na UCIN, seja por receios que emergem no período em que o bebé já se encontra em casa, revela-se particularmente sensível para a mãe. No entanto, mães de bebés prematuros tendem a recorrer menos a estruturas formais de apoio, quando comparadas com mães de bebés de termo (Warren et al., 2020). Não obstante, o suporte social informal de pessoas consideradas significativas, foi considerado relevante neste período, para prestar apoio maioritariamente à mãe.

Dada a separação física que muitas vezes tem de existir por questões práticas de caráter médico, a chegada a casa pode ser um momento em que a mãe inicia, com mais disponibilidade e investimento afetivo, o vínculo com o seu bebé. Antes de ter alta do hospital, deve existir o cuidado de informar e preparar os pais o melhor possível para questões práticas que irão passar a desenvolver sem apoio profissional, e que farão parte do cuidado diário ao seu bebé. Desta forma, algum tempo antes de saírem da UCIN, idealmente, existirá uma sensibilização progressiva para o que será a rotina do bebé, quando estiver em casa. Questões de alimentação, medicamentos, troca de sondas caso seja necessário, são algumas das tarefas que ficam imediatamente a cargo dos pais no período de alta (Smith, 2021). É, por isso, de reforçar a importância do acompanhamento dos profissionais disponíveis para providenciarem aos pais o máximo de literacia possível no que concerne aos procedimentos e práticas a adotar daí em diante. É descrita a importância dada ao apoio baseado na evidência por parte dos profissionais que acompanham tanto os pais como o bebé, de forma antecipada, fazendo com que o *stress* e a ansiedade eventualmente associados ao momento da alta e ida para casa, seja substancialmente menor (Purdy, Craig & Zeanah, 2015).

Ações como o método canguru, recomendado pela OMS em recém-nascidos prematuros com peso à nascença de menos de dois quilos e meio, ou nascidos antes das trinta e sete semanas de gestação, deve ser prontamente implementado, dado os benefícios que demonstra não só para o bebé, em termos fisiológicos, como para a relação da díade. Mães que foram possibilitadas de efetuar o contacto pele a pele imediato com o seu bebé (desde que as condições médicas o permitissem) revelam-se mais confiantes na interação, toque, e adaptabilidade aos sinais do bebé. A participação da mãe nos cuidados prestados ao bebé (massagem, higiene, trocas de roupa, entre outros) revela um resultado positivo na confiança materna no momento anterior à alta dos Cuidados Intensivos (Norholt, 2020; Sachs & Gennaro, 2004).

Método

Tipo de Estudo

Tendo em consideração o objetivo do estudo, foi utilizada uma metodologia qualitativa, descritiva e exploratória.

No que concerne aos princípios gerais inerentes à metodologia qualitativa, é possível distingui-la de forma clara e objetiva da metodologia quantitativa. Enquanto que a metodologia quantitativa tem como principal objetivo a generalização de dados para uma população, ou confirmar hipóteses de investigação previamente colocadas, a metodologia qualitativa não tem como objetivo principal a redução dos dados, nem a quantificação dos mesmos, mas sim a observação e interpretação mais fidedigna possível do discurso e experiência do participante. O participante, passa assim a fazer parte da co-construção da evidência científica através do seu relato e da sua experiência (Flick, 2014). Desta forma, prima pela análise e exploração da linguagem, a qualidade e reflexão sobre determinada experiência ao invés da quantificação de dados numéricos e maiorias (Willig, 2008).

Foram explorados de forma aprofundada os fatores que já estão descritos na literatura como podendo estar prejudicados na vinculação mãe-bebé, quando se trata do nascimento de um bebé prematuro bem como os fatores que eventualmente sejam reconhecidos como relevantes na percepção obtida nas entrevistas feitas às participantes.

Participantes

Os participantes que integraram o presente estudo foram mães de bebés prematuros, cujo nascimento do filho não tivesse ultrapassado o prazo máximo de dois anos. Com base na investigação desenvolvida há largos anos na área da vinculação, o critério temporal escolhido teve como base teórica o paradigma experimental de Mary Ainsworth (1969) denominado como “situação estranha”. Nesta experiência, Ainsworth conseguia observar os comportamentos de ativação de vinculação do bebé com idades compreendidas entre os nove e dezoito meses de idade (Ainsworth et al., 2015; Prior & Glaser, 2006). Desta forma, é possível afirmar que o bebé com esta idade manifesta já alguns dos comportamentos de vinculação possíveis de serem observados, retrospectivamente pela mãe, assim como a sua experiência ao longo do tempo, até então. Não

existiram critérios de exclusão para além da idade do bebé e consequente período pós-parto da mãe acima referida, e dado que o estudo assumiu uma natureza maioritariamente exploratória, não existe o objetivo de efetuar relações de causalidade, associações a menor ou maior grau de eventual perturbação (caso estivesse previamente presente ou em períodos após o parto), como tal, apenas seriam excluídas do estudo as mães que não cumprissem o requisito temporal, devidamente justificado acima. Todas as mães que integraram o estudo são de nacionalidade portuguesa.

Instrumento

Tendo em conta que o estudo não se regeu pelo objetivo de obter dados para quantificação nem para aferir correlações, relações de causa efeito ou generalizações de resultados, mas sim uma exploração do conteúdo inerente às descrições e perceções maternas da experiência, foi feita uma exploração do tema em questão através de quatro entrevistas individuais semiestruturadas, construídas com base na literatura científica existente sobre os temas abordados. A entrevista, destina-se à recolha de material subjetivo dos participantes do estudo, onde o investigador, intencionalmente, procura saber mais sobre um conteúdo específico. É expectável, e por isso a sua escolha no presente estudo, que possibilite relatos sobre sentimentos, ações, preocupações, representações mentais sobre determinados fenómenos e acontecimentos, através de uma maior liberdade no decorrer do discurso do participante. Tem, desta forma, como principal objetivo aceder à subjetividade não só de cada participante, como dos próprios fenómenos per si (Haro et al., 2016). Foram feitas entrevistas individuais com cada participante, dada a sensibilidade do tema e do objetivo para que emergissem questões pessoais inerentes à experiência de cada mãe, não tendo como objetivo final a comparação de experiências entre si, mas sim a análise individual de cada uma e posterior análise (Willig, 2008).

Podendo ser catalogadas mediante a sua estrutura, a entrevista pode assumir três estruturas base, que servirão de guia à forma como serão executadas pelo investigador, e consequentemente diferir naquilo que será ilicitado ao participante. A entrevista semiestruturada, método de recolha de dados selecionado, à semelhança de outro tipo de estruturas, apresenta um conjunto de *guidelines* que o entrevistador pretende seguir, fundamentadas na literatura sobre a temática em questão. Não obstante, o objetivo último da mesma é que o entrevistado tenha liberdade para responder às questões de forma aberta, sem estar restringido a nenhum tipo de conteúdo, e sendo

essa a maior razão pela qual foi escolhida a estrutura acima referida (Adhabi & Anozie, 2017; Marks & Yardley, 2004).

Procedimento

Construção do Instrumento

Para o processo de construção da entrevista utilizada para obtenção de dados do presente estudo, foi feita uma revisão de literatura sobre os dois temas principais do estudo, e construída uma lista dos temas reconhecidos e relatados na literatura como, de alguma forma, prejudicados na vinculação mãe-bebê, após o nascimento de um bebê prematuro.

A construção do guião de entrevista utilizado no presente estudo, foi feita em linha com a revisão de literatura prévia, focada no eventual impacto da prematuridade na vinculação, mais especificamente questões relacionadas à experiência da gravidez e do nascimento, experiência com os profissionais de saúde envolvidos durante todo o processo de internamento do bebê na UCIN, relação com os profissionais de saúde, logística familiar alterada, e fatores individuais relativos maioritariamente ao processamento da experiência materna (Sentimentos de culpa, tristeza, raiva, percepção de autoeficácia diminuída, entre outros).

Após a recolha dos temas já identificados, os temas abordados foram os que constam na revisão de literatura. Para cada tema, foram formuladas questões, de forma a construir um guião de entrevista, chegando assim à primeira versão do mesmo. Ainda na primeira versão do guião de entrevista construído, os temas principais foram divididos em categorias (Consultar Tabela 1), para que existissem perguntas efetivamente direcionadas às áreas das quais se pretendia obter informação mais particularizada. A seleção dos temas e das categorias abaixo enunciadas, foram baseadas na literatura revista, já existente.

Tabela 1

Temas e Categorias Utilizadas na Construção do Guião de Entrevista

| Temas principais | Categorias |
|---|---|
| Gravidez | Vivência da Gravidez Experiência subjetiva da gravidez. Contempla variáveis como: recordações positivas e negativas, planeamento da gravidez, forma como vivenciou o período em que esteve grávida, entre outros. |
| | Implicações práticas relacionadas com a prematuridade Sinais de atenção e antecedentes presentes durante o período de gravidez que fizeram concluir que o bebé iria nascer prematuro, e consequentemente resultaram numa maior vigilância durante o período de gestação. |
| | Historial de Gravidezes Histórico de perdas gestacionais e/ou eventuais filhos já nascidos anteriores à experiência de um parto prematuro, foi incluída uma questão acerca do historial prévio de abortos, assim como se o bebé e respetiva experiência que iria relatar, seria a de um primeiro filho. |
| Nascimento | Nascimento/Parto Momento do nascimento <i>per si</i> , dia do parto e respetiva vivência materna do mesmo. |
| | Separação após o Nascimento Experiência do momento que se seguiu imediatamente ao parto, informação acerca de eventual separação da díade ou se foi privilegiado e possível o momento do contacto pele a pele. |
| Ambiente na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) | Forma como a mãe sentiu a experiência imediata com a UCIN, de que forma se sentiu contida e apoiada pelos profissionais envolvidos, e se relatando a sua experiência, considera que tenham agido como fatores |

| | |
|--|---|
| | protetores ou como fatores prejudiciais à sua vivência do internamento do bebê. |
|--|---|

| | |
|---------------------------|--|
| Alimentação e Amamentação | Forma pela qual o bebê foi alimentado, de que forma a mãe se sentiu mediante as opções (e.g amamentação ou aleitamento artificial), que receios foram manifestados pela mãe, e de que forma as limitações médicas eventualmente existentes afetaram a percepção da experiência de alimentação ao bebê. |
|---------------------------|--|

| | |
|--------------------|--|
| Interação Mãe-Bebé | <p>Alta Médica</p> <p>Vivência materna da ida do bebê para casa, exploração de fatores positivos (e.g alegria de deixar o hospital) e negativos do momento (e.g receio de aumento de responsabilidade face aos cuidados ao bebê).</p> <p>Dificuldades Pós Hospitalares</p> <p>Primeiras dificuldades sentidas na reorganização necessária após a alta médica do bebê, e que estratégias de <i> coping </i> foram utilizadas para lidar com esse momento.</p> <p>Adaptabilidade Rotina Pós-Parto</p> <p>Reorganização familiar existente após o parto e regresso a casa da mãe com o bebê. De que forma descreve o bebê, as suas rotinas diárias, sono, entre outros.</p> <p>Relação Mãe-Bebé</p> <p>Caracterização feita pela mãe, da sua relação com o bebê, e que tipo de mãe se autoperceciona.</p> |
|--------------------|--|

Validação do Instrumento

Após a elaboração da primeira versão do guião de entrevista, o mesmo foi analisado e revisto pelo orientador da presente dissertação, e teve como base a revisão de literatura efetuada

para o desenvolvimento do estudo. No seguimento deste procedimento metodológico, foram feitas as alterações necessárias até chegar à segunda e última versão, que serviu como guião às entrevistas realizadas. Dada a natureza do estudo ser exploratória e descritiva, os temas (Consultar Tabela 2) que emergiram durante a realização das entrevistas foram tidos em conta não só na realização da discussão de resultados e análise dos mesmos, assim como nas sugestões futuras de necessidade de novos estudos em temas relacionados.

Considerações Éticas

O presente estudo, foi submetido previamente e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Europeia (Consultar Anexo) e respeitou todos os princípios éticos da American Psychological Association (APA) relativamente à investigação realizada com participantes humanos (APA, 2010). Ademais, as diretrizes da World Medical Association of Helsinki (WMA, 2008) e princípios vigentes no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011), foram tidas em conta e rigorosamente respeitadas. As associações acima referidas, encorajaram a investigação efetuada com participantes humanos, com objetivos específicos de compreensão das doenças, respetiva evolução e efeitos, e melhoria de diagnósticos e intervenções eficazes. Não obstante, os direitos, a dignidade e o melhor interesse dos sujeitos devem sempre ser preservados, destacando principalmente os seguintes princípios éticos: 1) Beneficência e Não Maleficência; 2) Respeito dos Direitos e Dignidade das Pessoas; 3) Integridade e Responsabilidade Social; e, 4) Competência.

Recolha de Dados

Após a construção e validação do guião de entrevista, foi divulgada a informação online, nas redes sociais e junto de grupos de *facebook* de mães de bebés prematuros, sobre um estudo que estava a decorrer, que beneficiaria da sua participação. Na divulgação do estudo foram desde logo incluídos no *flyer* utilizado para a divulgação online os critérios de inclusão para pertencer à amostra, bem como os contactos da investigadora, para que as mães pudessem demonstrar a sua participação intencional e voluntária, de forma privada caso o desejassem.

Os dados obtidos no presente estudo, foram recolhidos com recurso a uma técnica de amostragem intencional, em que os critérios de inclusão foram: ser mãe de um bebé prematuro, e

o período pós-parto à data da entrevista, não ultrapassar os dois anos. No início da entrevista, as participantes consentiram a gravação, dado que ocorreram tanto em formato presencial como online, através da plataforma *Skype*. As participantes entrevistadas via online, receberam o consentimento informado por email, e reenviaram antes da entrevista assinado, demonstrando assim a sua participação voluntária no estudo. As entrevistas foram feitas entre o dia 6/3/2023 e o dia 23/03/2023, com duração entre [20:40seg. – 1:46h].

Análise de Dados

Para analisar os dados obtidos das entrevistas realizadas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2009). Num primeiro momento foi feita a transcrição integral de todas as entrevistas, e posteriormente foi iniciada a análise, com o objetivo de compreender o melhor possível o material recolhido. Após o término da categorização, procedeu-se à validação intercodificadores, para analisar o grau de concordância ou divergência entre diferentes codificadores, do mesmo material. O objetivo é validar o processo de categorização previamente efetuado, que é considerado válido caso exista um acordo elevado entre ambas as partes.

Para que a validação ocorresse, cada membro efetuou uma análise de conteúdo independente, que contemplou os seguintes passos: as transcrições foram lidas integralmente pelo menos duas vezes para uma maior compreensão dos dados, análise rigorosa linha por linha para inferir tanto significados globais como específicos, e garantir que a origem da estrutura era totalmente emergente dos dados obtidos e já analisados. Os significados encontrados ao longo da entrevista foram categorizados por temas, gerando desta forma códigos. Numa segunda fase, existiu uma reunião do conteúdo obtido entre os codificadores, de forma a comparar as respetivas codificações, na tentativa de existir um maior grau de convergência. Todos os temas emergentes foram discutidos exaustivamente por ambos, para serem realocados em categorias temáticas, tentando que os códigos que abordassem um mesmo tema, estivessem agrupados (Willig, 2008). Durante esta fase, recorreu-se também à reformulação, criação, divisão e aglutinação de categorias (Consultar Tabela 2).

No que diz respeito ao consenso obtido entre codificadores, foi alto, e após reunir os pontos de discordância todos foram resolvidos, retomando a tarefa anterior.

A análise temática enquanto método de análise, tem como objetivo principal a identificação e análise de uma constância entre os dados. No entanto, a interpretação da análise que é feita sobre a constância dos dados, é fundamental. Braun & Clarke (2006), descreveram a análise temática como um método descritivo e interpretativo de dados qualitativos, que se divide em três passos, em que maioritariamente o investigador procura familiarizar-se com os dados em análise, através de leituras sucessivas do material recolhido, e através da sua leitura, efetua as primeiras codificações, sendo assim gerados os primeiros códigos. Para que isso aconteça da forma mais robusta possível em termos científicos, implica que a questão de investigação seja o fio condutor no momento de o fazer, e não necessariamente apenas as questões que foram colocadas no decorrer da entrevista, dado que pode emergir material relevante que não esteja diretamente relacionado com a questão colocada, e ainda assim ser relevante para o estudo. De seguida, são encontrados os temas presentes na entrevista realizada, que serão o que irá emergir após os códigos primeiramente gerados. Durante o processo de análise, as definições dos temas deverão ser ajustadas mediante o que vai surgindo durante a entrevista, de forma a que a definição esteja, o mais possível, adaptada ao que é dito no decorrer da entrevista. Após a sua definição, foram associados pequenos excertos de texto, para que o tema esteja referenciado nos seus vários sentidos, e ilustre a definição que foi, entretanto, criada para cada um deles (Braun & Clarke, 2006; Brough, 2018; Crowe, Inder & Porter, 2015).

A análise de conteúdo foi combinada com a metodologia de análise temática, uma vez que apesar de existir uma lista de temas *à priori* correspondentes aos construtos teóricos que sustentam o guião de entrevista, outros temas emergiram e tiveram de ser colocados, contextualmente, em análise. A análise de conteúdo *per si*, pode ser descrita como uma metodologia passível de ser usada tanto em metodologias qualitativas como quantitativas, dado que o seu principal objetivo é a perceção de repetição de determinado tema, ao longo do texto. Tende a ter uma unidade de análise menor, tipicamente uma palavra ou frases, e no presente estudo, o discurso foi analisado mediante o que emergiu, onde nem sempre fez sentido analisar excertos tão curtos, mas sim num todo, dada a informação transmitida pelo participante. Foram analisados os conteúdos manifestos e latentes, onde a combinação dos dois tipos de análise foi utilizada (Marks & Yardley, 2004).

Análise de Resultados e Discussão

A vinculação e a definição do que é, efetivamente, o “vínculo” foi amplamente discutida, e em termos conceptuais foi alvo de reformulações vindas de diversos autores, que se opuseram terminantemente a Sigmund Freud e os seus sucessores. A definição que até aos dias de hoje mantém um consenso na investigação, foi a definição e conceção de John Bowlby, que com os seus variados trabalhos e investigação na área (1958, 1959, 1960, entre outros) formularam uma ideia do que é o “vínculo” e de que forma ele é construído, não só pelo bebé enquanto elemento passivo mas sim pela díade mãe-bebé, enquanto dois elementos ativos (Goldberg et al., 2013; Holmes, 2014). Desta forma, e dada a pertinência de analisar a construção daquilo que é o sistema de vinculação mãe-bebé, este estudo focou-se maioritariamente numa situação particularmente sensível que pode ocorrer na vida da mãe e impactá-la, de forma a existirem vivências distintas em determinadas áreas da relação mãe-bebé, em início de vida do bebé que podem ou não danar a criação desse mesmo vínculo, a prematuridade.

Após a recolha, transcrição, categorização por temas e categorias de análise específicas (Consultar Tabela 2) e análise das quatro entrevistas realizadas, as mesmas foram numeradas de um (1) a quatro (4), de forma a poderem ser comparadas e analisadas individualmente, mantendo a confidencialidade dos participantes.

Na entrevista número 1, realizada à mãe de um bebé prematuro nascido de vinte e nove semanas (29), enquadrado assim na categoria de “muito prematuro” de acordo com a categorização definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 2023). Em termos gerais, a experiência relatada pela mãe acerca de todo o processo (Gravidez, Vivência do Parto, Período Pós-Parto e Vivência Subjetiva do Internamento do Bebé) foi manifestamente mais positiva, em comparação com as outras três mães que integraram o estudo. Como tal, serão analisadas por essa mesma ordem, de forma a existir uma comparação posterior e identificação de fatores protetores e fatores que prejudicaram a experiência materna e que possam eventualmente, ser fatores de risco na construção do vínculo mãe-bebé em casos de nascimento de um bebé prematuro. No que diz respeito à análise da experiência da mãe número dois (2), três (3) e quatro (4) apesar de serem também mães de bebés prematuros, tiveram experiências distintas no que diz respeito à experiência face à prestação de cuidados hospitalares, ao histórico anterior à presente gravidez, vivência do parto, e o próprio processamento da experiência e respetiva adaptação à realidade do nascimento de um bebé prematuro. A mãe número 2 e a mãe número 4, ambas mães de dois bebés gémeos, nascidos com 29 semanas e 6 dias de gestação. A mãe número 3, mãe de

um bebé nascido às 26 semanas de gestação. Os gémeos, nascidos às 29 semanas e 6 dias de gestação, enquadram-se segundo a OMS, na categoria de “muito prematuro”, e o bebé da mãe número 3, enquadra-se na categoria de “prematuro extremo” (World Health Organization, 2023).

Planeamento Gravidez

Começando por analisar o período inicial da gravidez e respetiva descoberta, foi relatada pela mãe como tendo sido planeada, e estavam em tentativas para que a gravidez fosse confirmada o quanto antes.

“Ah, foi planeada. Já andávamos em tentativas. E pronto, houve um dia em que eu achei que estava, e pronto fui fazer o teste para confirmar” (Mãe 1)

De acordo com investigação anterior, apesar de nem todos os estudos relatados apontarem diferenças significativas, mulheres que tenham conscientemente intenção de engravidar, durante o período de preconceção podem adotar comportamentos de saúde mais saudáveis, resultando em melhores *outcomes* para a mãe e conseqüentemente para o bebé (Goossens et al., 2018; Khan et al., 2019).

Reação à Gravidez e Planeamento da Gravidez

A mãe 1, referiu ainda que relativamente à fase inicial da gravidez, quando questionado se tinha memórias felizes desse dia, respondeu afirmativamente, tendo relatado sentimentos de ansiedade, possivelmente ligados ao facto de ser o seu primeiro filho, e de não ter histórico anterior na área da maternidade, nem mesmo de perdas gestacionais. A questão da ansiedade relatada brevemente pela mãe 1 na fase da descoberta da gravidez, a ansiedade relacionada com a gestação (*pregnancy related anxiety*) foi discutida em investigações anteriores como um conceito a ter em conta quando se aborda a temática de ansiedade face à mulher durante a gestação, tendo sido considerada distinta de questões de ansiedade mais generalizadas, e em outras fases da vida da

mulher. No caso particular da gravidez, considera-se associada diretamente a resultados maternos e resultados infantis, na maioria dos casos (Bayrampour et al., 2016; Littleton et al., 2007).

“alguma ansiedade, mas...” (Mãe 1)

Sinais de Atenção

No seguimento cronológico dos acontecimentos descritos pela mãe 1, os sinais de atenção que a levaram a recorrer de forma rápida a uma urgência durante a gravidez foi a perda de líquido, confirmada mais tarde como uma rotura na sua bolsa.

“Depois confirmou lá com um teste, e confirmou que era. Disse que era uma rutura alta e que, portanto, me iam internar, e fizeram medicação para parar o... “pá” fizeram os protocolos que têm, ainda assim começaram o protocolo de maturação pulmonar, de neuroprotecção e tudo mais e a ideia era que aquilo ia parar porque era uma rutura pequena e alta. Mas, entretanto, como a rutura de bolsa muitas vezes estimula o trabalho de parto o que aconteceu foi isso, a rutura aumentou”. (Mãe 1)

Parto

O parto prematuro aconteceu assim às 29 semanas e 4 dias de gestação, descrito pela mãe como um momento rápido, onde o bebé nasceu bem, dentro do expectável face à idade gestacional. Teve oportunidade de realizar alguns procedimentos ainda comuns maioritariamente, nos partos de bebés de termo. Em consonância com a investigação, a percepção acerca do parto e vivência materna do mesmo, deve ser tida em conta como um construto multidimensional, que avaliado enquanto experiência positiva ou negativa no que diz respeito à vivência materna do mesmo, a experiência emocional e psicológica não deve ser menosprezada em detrimento de questões práticas de maior operacionalização (e.g número de intervenções, qualidade da assistência prestada, entre outros). Deve, por isso, quando avaliada a satisfação materna com o momento do nascimento, ser analisado de uma forma holística e compreensiva de todas as áreas envolvidas. Apesar de existirem estudos com resultados distintos sobre associações entre o tipo de parto e a satisfação materna com o

momento, é consensual na investigação que a satisfação das mulheres com o momento do parto está relacionado com o nível de envolvimento na tomada de decisões, apoio durante o processo de trabalho de parto, e não tanto com o tipo de parto *per si* (Jomeen, 2004; Johansson & Finnbogadóttir, 2019).

“Foi muito rápido. Ele nasceu bem, ele nasceu muito bem. Muito coradinho e a gritar, ainda fez, ainda tive com ele em... a fazer pele com pele” (...) *“Não sei dizer quanto tempo, mas ainda tive algum tempo, ainda fez clampagem tardia do cordão, ainda foi o pai que cortou o cordão. Portanto até foi, dentro de todo o panorama uma coisa relativamente calma e controlada. Pronto só que depois tiveram que o levar.”* (Mãe 1)

Experiência do momento do parto

Tal como acima citado no que foi dito pela mãe 1, no momento do nascimento foi possível estabelecer contacto pele a pele, considerando que dentro do “panorama” conseguiu manter algum controlo e calma perante a situação. O contacto pele a pele (termo traduzido do inglês *skin to skin contact*, o mais comumente usado na literatura), começou por ser feito em Bogotá, cidade colombiana, e progressivamente espalhou-se pelos países nórdicos, atuais localidades de renome quando se fala desta prática (Føreland et al., 2022). Em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, o contacto pele a pele prolongado com o bebé é denominado como “método mãe-canguru”. Este método mãe canguru (*Kangaroo Mother Care*) é definido pela OMS (2022) como o contato pele a pele precoce, contínuo e prolongado entre a mãe (ou outro cuidador) e o bebé (Organização Mundial de Saúde, 2022). Num estudo qualitativo feito por Føreland et al., (2022) uma mãe que comparou um parto prematuro prévio com o atual em que teve oportunidade de efetuar contacto pele a pele imediato com o seu bebé, revela ter sentido os “sentimentos de maternidade” mais cedo, atribuindo a causa ao precoce contacto pele a pele.

Alimentação e Amamentação

Para além do contacto pele a pele, a mãe número 1 teve um fator diferenciador face às restantes, a amamentação exclusiva durante cinco meses como meio de alimentação do bebé, atribuindo a razão do término a uma má gestão sua por ter ficado ansiosa, e por possivelmente ter

lido de forma errada os sinais do bebê. Não obstante, muitas das vezes a forma de alimentar o bebê, é limitada por questões de maturação fisiológica, particularmente quando falamos de bebês prematuros. Apesar dos benefícios do leite materno em bebês prematuros serem reconhecidos na literatura (e.g benefícios preventivos em inúmeras doenças, contribuição positiva para o vínculo mãe-bebê, desenvolvimento favorável do sistema imunitário, benefícios nutricionais e gastrointestinais) (Asadi et al., 2020; Callen & Pinelli, 2005) por vezes esta opção pode ser travada por questões como a ausência da estimulação direta da produção de leite pelo bebê, uma vez que em alguns casos durante semanas ou meses o leite pode ter de ser extraído apenas com a bomba, para posteriormente ser administrado ao bebê. De acordo com as recomendações da OMS, os bebês devem ser amamentados a partir da primeira hora de vida, e ser amamentados em exclusivo até aos seis meses de idade. Posteriormente, devem introduzir outros alimentos na sua rotina, sendo recomendada a amamentação até aos dois anos de idade ou mais (Organização Mundial de Saúde, s.d). Desta forma, a experiência da mãe 1 no que diz respeito à amamentação do seu bebê foi manifestamente positiva, tendo possivelmente contribuído para a sua perceção de autoeficácia aumentar, como para o bem-estar do seu bebê, e conseqüentemente uma interação eficaz na díade.

“Sim. Ele fez amamentação exclusiva até aos 5 meses/6 meses” (Mãe 1)

“E foi ali um bocado por má gestão minha depois. Porque uma pessoa começa a ficar ansiosa, porque eles entram naquela fase de parece que não querem mamar, e depois parece que não sei quê... e pronto. Hoje fazia de outra maneira, mas na altura foi...” (Mãe 1)

Privação do Contacto

No que diz respeito à privação do contacto, apesar da mãe número 1 ter tido a possibilidade de ter contacto com o seu filho antes da transferência necessária para o serviço de neonatologia, não deixa de ter experienciado alguma privação do contacto, comum a todas as mães de bebês prematuros que não passam vinte e quatro horas nessa mesma unidade. Nas mães entrevistadas para a realização deste estudo, todas elas estabeleceram uma rotina diária em termos horários no que diz respeito à permanência no serviço de neonatologia. No caso da mãe 1, passava uma média de onze a doze horas por dia com o seu bebê:

“Tanto que eu ficava no internamento, eu chegava lá para aí por volta das 9 da manhã, e saía as 6, às 7, às 8, às 9 da noite.” (Mãe 1)

Ademais, tal como mencionado por esta mãe, é considerado de forma transversal por todas as entrevistadas, apesar de por umas de forma mais imediata que por outras, que a confiança estabelecida e criada com os profissionais de saúde que trabalham no local é determinante para que o processo de hospitalização acabe por ser mais tranquilo, dado que no fundo, ainda que seja apenas por algumas horas, o seu/sua filho/a estão ao cuidados dos profissionais responsáveis. É reconhecido na literatura a complexidade que se vive com o nascimento de um bebé prematuro nos vários níveis, seja nos momentos em que se sabe que efetivamente o bebé irá nascer determinado tempo antes do previsto, seja após o seu nascimento e tudo aquilo que se segue após (Swanson et al., 2012).

O confronto com a realidade da unidade de cuidados intensivos neonatais, o confronto com o desconhecido dos procedimentos médicos que em alguns casos se seguem, e sobretudo a ligação mãe-bebé, acaba por correr o risco de ser “interrompida” por outros fatores que se tornam mais impactantes na vida da mãe, no momento (e.g acompanhamento do estado de saúde do bebé, retrocessos e avanços clínicos a qualquer instante). Desta forma, torna-se fulcral que a confiança, acompanhamento adequado e o apoio prestado pelos profissionais de saúde não só vá de encontro às necessidades de cada mãe e respetiva família, como deve ter em conta todo o impacto que o ambiente médico pode ter não só na experiência materna do internamento do bebé, como na própria ligação da mãe ao bebé. No caso da mãe 1, foi relatado um nível de confiança bastante razoável nos profissionais de saúde a cargo do seu bebé, assim como uma satisfação com o acompanhamento prestado e informação obtida acerca do bebé. Relatou, ainda, que de outra forma não conceberia como possível deixar o seu filho aos cuidados de alguém (neste caso a equipa e instituição hospitalar de direito) em que não confiasse:

“Eu felizmente baseei-me sempre, e sempre disse isto que foi “ele está aqui, e eu tenho que sair daqui a confiar 100% nas pessoas que estão a tratar dele” porque eu acho que é impossível uma mãe ficar 24 horas durante este tempo todo numa unidade (...) em pós parto não é...” (Mãe 1)

Desta forma, demonstrava não só ter conseguido criar e manter a confiança nos profissionais responsáveis, como reconhecia a importância e por vezes o período sensível que pode ser o período após o parto.

Coping

Como fator protetor, é de ressaltar que a mãe 1 já conhecia três das profissionais a trabalhar na unidade, o que mitigou a existência de fatores como a hierarquização, dado que o fornecimento de informação, prestação de apoio e orientação à mãe, promovendo confiança e segurança age como um fator facilitador da interação com o prematuro, bem como a segurança materna (Medina et., 2018; Lupton & Fenwick, 2001). Após a estadia na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e os avanços e retrocessos clínicos que podem por vezes prolongar o internamento, a altura da alta médica, reconhecida na literatura como uma fase de ajustamento não só para a mãe como para a família, visto que apenas a partir daí assumirão funções na totalidade, sem a presença de um profissional de saúde pronto a ajudar sempre que necessário.

Na experiência relatada pela mãe 1, o período da alta médica foi relatado como um período de adaptação tranquilo:

“Mas depois correu bem, até foi uma adaptação tranquila.” (Mãe 1)

A ansiedade que relatou face a este período estava diretamente relacionada com a questão da evolução do peso, no entanto, considerou de imediato uma solução:

“Eu ia muito ansiosa por causa do peso, porque ele foi para casa com ainda com baixo peso, mas também resolvi o meu problema, comprei uma balança. Cada vez que lhe dava banho, pesava-o.” (Mãe 1)

Desta forma, de acordo com o modelo concebido por Lazarus & Folkman (1984) o *coping* poderia ser definido como um esforço feito pelo indivíduo que não tem mais do que o objetivo de combater alguma exigência, externa ou interna, que no momento ultrapassam os recursos disponíveis. Desta forma, a situação deixa de ser considerada tão ameaçadora. No caso da mãe 1,

como acima transcrito, para a problemática do peso que estava a provocar sentimentos de ansiedade, a solução foi adquirir uma balança e vigiar o peso, conseguindo desta forma modificar o efeito que a circunstância estava a ter em si, ressaltando que depois disso, o medo da perda de peso deixou de ter qualquer impacto:

“Mas resolveu! Resolveu o meu problema (risos) Eu acho que a questão é, temos um problema temos que o resolver. E disse: “eu estou a ficar muito ansiosa porque eu tenho pânico de ele a fazer só mama, se ele perde peso... eu não aguento outro internamento, portanto não, vamos comprar uma balança.” (Mãe 1)

Pelos mesmos autores acima referidos, as estratégias de *coping* foram divididas em dois grandes grupos: as estratégias de *coping* focadas na emoção e no problema. As estratégias de *coping* focadas no problema, definem-se como estratégias mobilizadas quando o indivíduo consegue fazer algo para mudar ou as circunstâncias, ou o efeito delas em si. Neste caso, a exigência/ameaça seria o baixo peso aquando da alta médica, e a estratégia ao alcance da mãe foi adquirir uma balança, diminuindo assim tanto os níveis de ansiedade que relatou, como o stress que inevitavelmente iria acabar por causar. O *coping* considerado efetivo, envolve estratégias realistas como resposta a um acontecimento causador de *stress* (Howland, 2007).

No entanto, é de ressaltar a complexidade do desenvolvimento de estratégias de *coping* bem-sucedido e adaptativo face a uma situação tão complexa como o nascimento de um filho prematuro, e período pós-hospitalização do mesmo, em que a família poderá sentir algum desequilíbrio, resultantes dos processos de adaptação (Spielman & Taubman, 2009; Howland, 2007).

Suporte Social Percebido

Por fim, foi positivamente descrito pela mãe 1 o suporte social percebido e totalmente disponível tanto dos pais como do marido, que recebeu de forma positiva, revelando que o apoio do pai é de especial importância, na sua experiência. Na literatura, é reconhecido o papel dos pais como maioritariamente de suporte, após o nascimento de um bebé prematuro, em tarefas como a contenção da mãe, e prestação de suporte adequado (Ionio et al., 2016).

“Depois quando cheguei a casa acabei por também ter apoio, para além de ter apoio do pai que é sempre o mais importante.” (Mãe 1)

Perda gestacional

Contrariamente à experiência relatada pela mãe 1, tanto a mãe 2 como 3 experienciaram perdas gestacionais. antes dos filhos já nascidos anteriormente (i.e anteriormente ao bebé prematuro) no entanto continua a ser um tema relevante à análise, dado que o histórico de perda gestacional poderá ter as suas consequências, nomeadamente psicológicas. Apesar de não ser objeto de análise direta no presente estudo, a análise desta categoria permite hipotetizar eventuais ligações entre a perda gestacional e a forma como a mãe lidou com o parto prematuro, por exemplo. A mãe 2, relatou duas perdas gestacionais antes do nascimento dos seus bebés prematuros, e relatou ter estado bastante tempo a tentar engravidar, apesar de não ter detalhado quanto tempo. A mãe 3, sofreu uma perda gestacional antes da filha já nascida anteriormente ao bebé prematuro, e relatou também ter demorado um período considerável de tempo a engravidar.

“Já tinha sofrido dois abortos anteriormente, porque já tinha um filho antes destes dois abortos.” (Mãe 2)

“(…) Então foi, 1 ano e 7 meses a tentar.” (Mãe 3)

A perda gestacional é reconhecida na literatura como um fator capaz de deixar sequelas físicas e psicológicas, assim como afetar a perceção de autoeficácia materna, exacerbando por vezes os sentimentos de culpa, zanga, raiva, e sentimentos de luto. É, ainda, considerado um fator passível de impactar gravidezes futuras (Cuenca, 2023).

Planeamento e Reação à Gravidez

A gravidez, foi desejada e planeada tanto pela mãe 2 como pela mãe 3, tendo sido planeada durante algum tempo e ambas com histórico de perdas gestacionais, com períodos de alguns receios ainda que por razões distintas.

A mãe 4, acaba por ser apanhada de surpresa, uma vez que considera que a gravidez não foi planeada, e considera ter passado por um processo de aceitação. No caso na mãe número 2, descobriu que estava grávida e nos primeiros exames realizados foi-lhe dito que estaria grávida de gémeos, algo que causou alguma surpresa:

“Fiz a ecografia, estava tudo bem, entretanto ele deu-me a notícia que estava grávida de gémeos. Eu não acreditei! Porque diziam-me que ele era brincalhão e fazia muito essa brincadeira. E eu disse “Ah não pode ser!” “Não não, estou-lhe a dizer, é verdade é verdade!” Pronto, lá me disseram que estava grávida de gémeos.” (Mãe 2)

Ainda que seja, atualmente, um tema debatido na comunidade científica como dicotómico e ambíguo em determinados casos (Stern, 2016), a questão do planeamento da gravidez foi incluída neste estudo como uma variável a ter em conta na ótica da experiência materna do início da gravidez e da preconceção, assim como as reações que daí advieram. **O objetivo não é, de nenhum modo, objetivar e definir o conceito de “planeado” e “não planeado”, mas sim analisar o relato materno desse momento da forma mais próxima possível, permitindo compreender a trajetória de planeamento da gravidez, e analisar eventuais relações esse entre período e momentos futuros. Quando planeada, a literatura é vasta e reconhece que se pode refletir na adoção de um maior número de comportamentos de saúde, resultando assim em melhores resultados para a mãe e para o bebé (Goossens et al., 2018; Khan et al., 2019).**

Apesar da surpresa possivelmente relacionada pelo facto de ser inesperado, a mãe vê o dia em que descobriu que estava grávida de gémeos e que fez a ecografia, como um dia simbólico, e inclusive ligado à religião, agora que o relata retrospectivamente:

“Por incrível que pareça, foi no dia treze de Maio que fiz a ecografia, dia de Nossa Senhora de Fátima. As pessoas podem não acreditar muito nisso, mas depois de tudo... tudo (repete) o que passei, a Fé e o amor que temos é inabalável.” (Mãe 2)

No que concerne à mãe 3, quando questionada sobre o período da gravidez, afirmou ter sido muito planeada, embora tenha existido o receio face ao desconhecido, visto que coincidiu com o início da pandemia de COVID-19:

“Bom, a gravidez da M., muito planeada (risos, com entusiasmo). Ainda antes da pandemia, começámos a pandemia foi em Março, em Fevereiro começou-se a falar. Ali a meio de Fevereiro, nós antes já tínhamos começado, e quando veio a pandemia pensamos: ah secalhar não é boa ideia, não sabemos o que vem aí... e o meu marido disse: “onde comem três, comem 4” (Mãe 3)

“(...) portanto uma gravidez muito planeada e desejada, e finalmente veio o bebé.” (Mãe 3)

Não foram descritas tanto pela mãe 2 como pela mãe 3 reações iniciais menos positivas, nem de receio face à gravidez propriamente dita, tendo apenas revelado receios face a fatores externos ou inesperados, como é o caso da coincidência temporal com o período pandémico e a descoberta de uma gravidez de gémeos, respetivamente. No entanto, no caso da mãe 4, o mesmo não se verificou. O facto de ter sido uma gravidez não planeada, fez com que passasse por um período de negação e posterior aceitação, aliado ao facto de pouco tempo depois ter descoberto que estava grávida de gémeos:

“Primeiro foi assim... entrei assim um bocadinho em negação porque pensava que não estava, que os enjoos era uma intoxicação alimentar (risos) e pronto. Eu fiz o teste por descargo de consciência, nem precisei de esperar o tempo indicado, apareceu logo que estava. E depois foi toda uma aceitação, porque não estava à espera”. (Mãe 4)

“Não, não foi (i.e planeado). Entretanto descubro que são gémeos e pronto” (Mãe 4)

Sinais de Atenção

Os primeiros sinais de atenção não tardaram, e tanto na mãe 2 como na mãe 3 foram detetados relativamente cedo na gestação. Logo na ecografia posterior à das 13 semanas, em que

descobriu a sua gravidez de gémeos, a mãe 2 recebe a notícia de uma restrição de crescimento dos bebês, que significava ter de ser acompanhada com mais periodicidade:

“Optei por ir ao hospital da minha área de residência que era X, tive de voltar a repetir a ecografia, e logo nessa ecografia detetaram restrição de crescimento nas bebês, e tinha de ser avaliada com mais periodicidade.” (Mãe 2)

Logo após este momento, começou a alteração daquilo que seria o percurso típico de uma gravidez dita normal, sem sinais de alarme nem necessidade de vigilância extra. A restrição de crescimento é um dos fatores de risco para parto prematuro (Goldenberg, 2008). Como tal, desde este momento, a vigilância da gravidez aumentou substancialmente, devido aos riscos associados. A mãe número 4, que apesar da adaptação geral à gravidez, revelou ter um início tranquilo sem sinais de atenção, por volta das 25 semanas de gestação tem de ficar internada por já revelar contrações e possibilidade dos bebês nascerem. Daí em diante, seguiu-se um mês de internamento até ao nascimento dos seus bebês:

“(…) não tinha assim, não tinha nada demais. Sentia-me normal. Mas sim, foi o útero que estava já a ficar curto e então tive de ficar em repouso. Fiquei ainda 1 mês internada, e eles nasceram com 29 semanas mais 6 dias. Iam tentar dar-me alta na segunda feira, eles nasceram ao domingo” (Mãe 4)

Por sua vez, a experiência da mãe 3, revela ter sentido alguns sinais de alarme por volta das 18 semanas de gestação, com algumas contrações que eram, de acordo com a descrição da mãe, desconfortáveis. Por volta das 20 semanas, recorre à urgência por perdas de sangue e é medicada para o colo do útero curto, com evolução positiva em consultas subsequentes, mas que se mantinha bastante curto, especialmente durante as contrações. Desta forma, fica assim internada às 24 semanas de gravidez:

“... já não estou muito certa, mas de 30 milímetros passávamos para 2 milímetros. Portanto a qualquer momento em casa, numa contração, podia acontecer a M. ter de nascer, do nada. E aí

ela diz-me “a mãe vai ter de ficar internada” (...) caiu-me tudo. O não estar em casa, a L. (e.g a outra filha) (...)” (Mãe 3)

O vínculo pré-natal (i.e formado antes do nascimento) forma uma parte importante da criação do vínculo mãe-bebé posterior, e relaciona-se com as emoções, percepções e comportamentos adotados pelos pais durante a gestação. Pode também relacionar-se com o bebé sonhado, em que o pai e a mãe tipicamente fantasiam sobre o seu/sua futuro/a filho/a e criam expectativas como será toda a experiência que se segue, e que bebé será aquele que a mãe está a gerar. Deste modo, a hospitalização materna é conceptualizada como um possível fator do risco na criação do vínculo pré-natal entre a díade, dado que tipicamente os níveis de ansiedade materna podem aumentar, assim como os sentimentos de insegurança, uma vez que age como que uma confirmação de que a mulher não conseguiu levar a sua gravidez até ao fim, sozinha. Pode ser significado pela mesma como ausência de controlo sobre o processo, sentimentos de fracasso, e representar uma grande preocupação face à inesperada alteração na sua rotina, maioritariamente quando já existem filhos anteriores (Pisoni, 2014).

Pode ser um período sensível e crítico no que diz respeito à criação e reajustamento da identidade materna, enquanto mãe deste bebé que nasce. Durante a gravidez, a mulher não só se prepara para conhecer o seu bebé e pode fantasiar diversas vezes sobre como ele será, mas a transição para a parentalidade, implica a transição e reajuste dos seus próprios modelos internos de trabalho em que são elas a recorrer a determinado apoio nos momentos de necessidade, para serem elas a tomar a posição de cuidadora, protetora do seu bebé. Este reajuste fulcral, acaba por colocar em perspetiva as percepções maternas acerca de si própria e do seu papel enquanto mãe, expectativas e medos, entre outros (Snir et al., 2020) Durante o internamento materno, a falta de controlo e a perda de identidade materna poderá ser uma dimensão de risco a ter em atenção, durante o acompanhamento prestado à mãe.

Vivência do Parto

No que diz respeito à vivência do parto, no caso da mãe 2 e da mãe 3, existe algo que as distingue das outras participantes. Ambas já tinham filhos, e como tal, apesar de qualquer mãe poder ter acesso a partilhas de experiências de parto, estas duas mães tinham um termo de

comparação seu, neste caso, a experiência de parto anterior. O que poderá criar algumas expectativas seja porque querem viver uma experiência semelhante, seja porque gostariam de ter uma experiência melhor que a anterior, quando não existem boas memórias da primeira.

A mãe 2, relatou as recordações do dia do parto como negativas, quando questionada sobre como eram as suas recordações desse dia. Face à primeira experiência de parto, pelo que foi relatado, é possível aferir que a falta de controlo do processo e de tudo o que se iria seguir, constituiu um fator de *stress* para a mãe:

“Não, não tenho. Não porque eu tive um parto induzido na primeira gravidez, tudo programado, tudo muito bem e de repente vejo-me numa situação onde tenho umas quarenta pessoas na sala, porque... pela situação em si, uma confusão (...) tudo super atencioso, mas fez-me bastante confusão. Não ter lá o meu marido também ao meu lado também (...) foi difícil.” (Mãe 2)

Para além do ambiente proporcionado não ter sido descrito como acolhedor, a mãe 2 não teve a opção de ter o marido presente, possivelmente por questões hospitalares que assim não o permitiram:

“Não, não podia de todo estar lá. Não foi por o COVID, mas não podia mesmo lá estar. E pronto e foi uma sensação horrível.” (Mãe 2)

As experiências de parto, neste caso, já se encontram reajustadas ao que poderia ser expectável, dado que existe o nascimento de um bebé prematuro. No entanto, várias foram as variáveis que contribuíram para a experiência negativa. Algumas delas, já identificadas na literatura: a ausência do controlo, capacidade de decisão diminuída e o suporte social (Cook & Loomis, 2012).

Um estudo (Reisz et al., 2019), compilou algumas relações recentemente verificadas na literatura entre a ativação do sistema de vinculação materno durante o parto, possivelmente devido às emoções sentidas, o que as leva a procurar e considerar relevante o conforto de um outro significativo, tipicamente o pai. Este, representa assim mais um fator a ter em conta na análise da

satisfação do parto, que poderá também ser uma variável a ter em conta pela classe médica, aquando da implementação de determinadas restrições.

A mãe 3, devido à rapidez necessária face ao risco de infeção que motivou o parto, também não foi possível ter o seu marido presente. No entanto, e apesar de muitos medos e receios relatados, sentiu-se muito apoiada por uma profissional de saúde em particular:

“Mas pronto depois há o dia em que dizem que a M. ia nascer. E então há aí uma preparação. A medicação do magnésio para preparar o cérebro da M. é feito já na sala de partos, com uma enfermeira que nunca mais me vou esquecer do nome dela... era a enfermeira J. ela gostava que a chamassem/tratassem por J. Mas a verdade é que ela foi sempre muito atenciosa. Sempre que estava ali, que não havia muito trabalho e que os partos estavam calmos, muitas x entrava no quarto e eu limpava as lagrimas. E ela houve um dia que disse “parou, não quero isso outra vez. Se tiver que chorar, chora. Mas não quero que volte a fazer isso” e ficava às vezes ali meia hora, 40 minutos a falar comigo.” (Mãe 3)

Relatou que foi o seu grande apoio nos dias de internamento que passou, e que considerou ter sido impactantes e suscitado o medo de nunca vir a viver o período após o parto com o bebé, revelando muito medo de que não sobrevivesse:

“Porque a sala de partos não há uma janela, uma televisão (...) é a cama, é ouvir outras mães em trabalho de parto e bebês a chorar, e eu a pensar “será que vou ter a sorte de ouvir a minha filha chorar? Será que ela sequer vai sobreviver?” (Mãe 3)

“nas mãos dos médicos quase não se via a M. Mas ali eu pensei “eu secalhar não vou voltar mais a minha filha com vida. Ela secalhar não vai conseguir sobreviver. Porque eu sei que a medicina está muito avançada, e é obvio que muito devemos a isso mas também sabemos que há bebês que não...” (Mãe 3)

A vivência do momento do parto da mãe 4, acaba por ter um diferencial face tanto à mãe 2 como à mãe 3, dado que tal como a mãe 1, era o primeiro parto e primeiros filhos, neste caso.

Descreveu-se como estando nervosa, mas a fazer um esforço consciente para se manter o mais calma possível durante o processo:

“Como eu já estava a ter dilatação e eles estavam, um estava sentado e o outro estava deitado, teve de ser uma cesariana de urgência. Tive que levar anestesia geral. Pronto, foi assim... Lembro-me que estava muito nervosa mas estava a tentar manter-me o mais calma possível para ver se corria bem” (Mãe 4)

Assim que acordou da anestesia, a mãe 4 quis imediatamente saber como estavam os seus bebés e após o parto, foram-lhe dadas a conhecer as questões de saúde que careciam de intervenção imediata e justificam a transferência dos bebés para outro hospital:

“Quando acordei lembro-me que perguntei por eles, o doutor disse que estava tudo bem, para eu descansar que depois logo os via. E depois eu fui levada para o recobro, o doutor veio ter comigo e explicou-me, disse “olhe os seus bebés são muito pequeninos, e um deles nasceu com uma atresia do esófago, ele teve-me a explicar e disse “ele vai ter de ser operado o mais rápido possível, então entre hoje e amanhã ele deve ir para o Hospital X” e eu fiquei assim um bocadinho... desmorecida, um bocado preocupada” (Mãe 4)

Amamentação e Motivos do Término da Amamentação

Na experiência de amamentação da mãe 2, mãe de gémeas, existiu sempre suporte por parte dos profissionais de saúde para que o leite materno fosse a fonte principal de alimento das bebés, mesmo quando por limitações médicas a continuação da alimentação através do leite materno esteve em risco. No momento do nascimento de um bebé prematuro, muitas das vezes a expectativa da mãe que deseja amamentar acaba por se tornar distinta daquilo que seria imaginado. Apesar dos benefícios do leite materno tanto para um bebé de termo como para um bebé prematuro serem inúmeros, no caso dos bebés prematuros, existem por vezes alguns obstáculos que limitam o início do processo, ou até mesmo que o impedem. No entanto, é de ressaltar a extrema importância que representa o leite materno para o bebé, em termos fisiológicos, e em termos psicológicos, numa

primeira instância para a mãe. O ato de conseguir providenciar o alimento para o seu bebê, por vezes ainda frágil, pode facilitar a ligação entre a díade, e confirmar o papel da mãe, enquanto alguém que consegue ser eficaz e providenciar algo que trará benefícios vários ao seu bebê (Callen & Pinelli, 2005; Niela-Vilén et al., 2016).

“À L, sempre. A H. tinha feito, mas depois (após complicações médicas) ainda tentaram dar o meu leite porque nessas situações é o que é mais... indicado. Mas ela depois rejeitou o meu leite, e nunca mais se falou nisso” (Mãe 2)

Perdeu o leite numa fase bastante crítica do percurso médico de uma das bebês, e sentiu-se culpada no momento em que deixou de ter leite. Relacionando com os estudos já existentes na área, este sentimento de culpa advém possivelmente do valor simbólico que tinha o momento tanto da amamentação (numa das bebês) como o valor que tinha para si o facto de ser efetivamente capaz de alimentar as suas bebês.

“Não, não porque eu deixei de ter leite, comecei a perder o leite na UCERN. Porque tentaram na altura que eu desse de mamar à B. antes de ser operada. Acho que foi a pior coisa que me fizeram, porque ela já tinha aversão ao biberon, ainda me sujeitaram a esse desgaste emocional acho que isso... fui-me muito abaixo (Algum silêncio) E não sei se foi por aí, mas, entretanto, comecei a deixar de ter leite. Ainda tomei alguns medicamentos a ver se tinha mas deixei de ter e pronto.” (Mãe 2)

“(...) Não queria aceitar, culpava-me por já não ter mais leite e tudo mais... mas passou.”
(Mãe 2)

A experiência da mãe 3 com a amamentação foi considerada positiva enquanto foi possível manter o processo. A sua bebê começou a beber o seu leite de imediato, ao 2º dia de vida, através de sonda:

“Sim. Começou ao segundo dia de vida, com 2 mililitros! Quase nem se via.” (Mãe 3)

Ressalvou, ainda as dúvidas iniciais que teve no que era a nova realidade de ter de tirar leite para, posteriormente, ele ser fornecido ao bebé. Nessa fase, contou com a sensibilização dos profissionais de saúde do serviço de Neonatologia. Nesta fase, o papel dos profissionais de saúde é de extrema importância. Prestar auxílio à mãe naquilo que pode ser uma nova realidade (e.g extrair leite com a bomba extratora) mesmo já tendo filhos anteriores, fornecer estratégias adequadas para a melhor manutenção possível do fluxo de leite, uma vez que o bebé nos primeiros tempos pode não conseguir estar diretamente a fazer sucção no seio materno por imaturidade dos sistemas necessários, ou questões médicas que não o permitam de imediato. Como tal, os profissionais de saúde assumem um papel fundamental, sobretudo, na sensibilização sobre temáticas específicas, que beneficiam da sua partilha de conhecimento e estratégias adequadas para com as mães (Black, 2012).

“E depois há muitas dúvidas...é tiro leite, não tiro leite, começo já hoje a tirar leite? E há uma enfermeira, a enfermeira L. disse “mãe já começou a tirar leite?” e eu disse “não” e então disse “então mãe bora, começar a tirar leite!” (Mãe 3)

“No segundo dia, disse “mãe, está a tirar leitinho?” eu disse “não” “ah mãe peça a máquina e comece a tirar leite, a M. precisa muito do seu leitinho. Que é para nos experimentarmos se ela tolera ou não. Pode não tolerar e se não tolerar está tudo bem, nós guardamos o leite na mesma, congelamos. Porque há-de vir um dia em que ela vai tolerar o leite e fica só com o seu leite”. E a M. ao segundo dia já estava...” (Mãe 3)

Separação ao Nascimento e Privação do Contacto

Tal como acima mencionado, apenas com a exceção da mãe 1, nenhuma das outras mães entrevistadas teve a possibilidade de efetuar contacto pele a pele com o seu bebé ao nascimento, o

que despertou sentimentos de tristeza. No caso da mãe 2, relatou ainda que nem sequer teve oportunidade de o fazer com a sua primeira filha:

“Não... tenho muita pena. Nunca fiz com nenhuma (pausa curta). A L. também nasceu de cesariana, e os bebés que nascem por cesariana têm de ir logo para ser aspirados (...)” e, portanto, nunca tive esse contacto. No entanto, a equipa médica antes da M. ir para a NEO, depois de já estar toda entubada toda preparada para ir para dentro da incubadora, antes de ir para a incubadora alguém veio ter comigo e disse “mãe, vamos colocar a M. aqui à sua cabeceira, para lhe dar um beijinho na cabecinha e ela seguir para a NEO.” (Mãe 3)

Estudos revelam que o contacto pele a pele imediato e após o nascimento, não só tem efeitos positivos no que diz respeito a taxas mais elevadas de amamentação, como efeitos positivos ao nível da sensação materna de ligação ao bebé. Um estudo que teve como objeto de análise as concentrações de ocitocina e cortisol em pais e mães, revelou uma diminuição da concentração do cortisol (hormona responsável pelo *stress*) durante o contacto pele a pele com o bebé, e um aumento significativo na concentração de ocitocina durante o período do contacto pele a pele entre a mãe o bebé (Campbell et al., 2015; Jones & Santamaria, 2018; Cong et al., 2015) No entanto, mais tarde, a mãe 3 teve possibilidade de realização muito contacto pele a pele, prática defendida pelo hospital onde a filha esteve internada:

“A M. nasceu no dia 4 de novembro e o primeiro canguru foi feito no dia 13 de novembro. Tanto que eu não estava a espera que fosse, sei lá... para mim foi do tipo: “já?” já posso?” (Mãe 3)

“E eu “mas posso?” e a enfermeira “não pode como deve, mãe!”. E estava na hora de almoço, o meu marido “mas já almoçaste?” e eu “não quero saber!” (risos). “eu quero pegar nela, preciso de senti-la.” (Mãe 3)

De acordo com a perspetiva de Winnicott (Ajuriaguerra & López-Zea, 1977), a criança nasce com o potencial inato para se tornar independente, no entanto esse potencial existe se o contacto e cuidado maternal for mantido no tempo. A função maternal inclui três fases, e o contacto

pele a pele insere-se no *Handling*, definido como o contacto íntimo com o bebé, que o ajuda a adquirir a progressiva noção entre realidade interna *versus* externa.

Na experiência da mãe 2, o primeiro contacto com o bebé não foi sequer estabelecido no momento do nascimento:

“Não as vi (...) Vi-as só quando as tiraram da barriga, depois levaram-nas logo. Foram assim uns segundozinhos, tudo muito rápido (...)” (Mãe 2)

Coerente com o acima descrito sobre a experiência de parto da mãe 2, as recordações do dia do nascimento e os momentos que imediatamente se seguiram, não foram positivas.

Na experiência relatada pela mãe 4, o momento do nascimento dos bebés propriamente dito nem sequer foi vivenciado pela mãe, dado que teve de ser anestesiada de forma geral. Apenas os conheceu umas horas após estar no recobro, e descreveu esse período como um momento difícil, em que lhe foi difícil nomear o que sentiu:

“Passado umas horas, fui conhecer (ri-se) e fiquei assim um bocado... acho que retraí ali um pouco as emoções porque eu não sabia o que é que havia de sentir, ver os bebés tão pequeninos, e todos entubados e com ajuda para respirar, o tubo ali... sentir aquele desconforto que eles tinham. Foi assim um bocado difícil... Depois comecei a chamar o meu filho (ri-se, emocionada) a falar com ele, “vai ficar tudo bem, tens que ser forte” essas coisas que nós dizemos para eles mas às vezes é mais para nós... e senti que ele estava ali a tentar abrir os olhos à minha procura, e isso deu-me ali um bocadinho de ... “ok, ele sabe que eu estou aqui.” (Mãe 4)

Suporte Social Médico

Em ambas as experiências relatadas pela mãe 2 e 3, apesar de terem existido momentos de conflito e revolta entre as suas crenças e receios *versus* as políticas hospitalares e prestação de cuidados aos bebés, no geral, relataram o impacto que teve a experiência de contacto íntimo e direto com alguns dos profissionais de saúde, que até hoje recordam com carinho e que na altura proporcionaram claros sentimentos de conforto e contenção.

“Dei-lhe o banhinho na taça, como as tias lá diziam. Deram-nos muito alento e apoio.”
(Mãe 2)

“Eles são uma família para mim. A UCIN, a E. (Hospital), não há igual. Não tenho palavras para descrever. Qualquer um...” (Mãe 2)

“Sim, dentro de tudo tenho muito boas recordações. São uma família, sem dúvida alguma.”
(Mãe 2)

A mãe 4, revela também ter tido uma experiência relativamente positiva no suporte social sentido pelos profissionais de saúde envolvidos no processo:

“As enfermeiras tanto na Maternidade como na ES, fui mais acompanhada na ES, o meu filho teve lá internado mais tempo, senti mais carinho e tudo. Mas na maternidade, uma enfermeira viu que eu estava assim meia triste e até me encaminhou para a psicóloga, e ainda tive sessões de psicologia por lá.” (Mãe 4)

Considera ainda, que apesar do apoio nas unidades ser maioritariamente focado nos bebés, ficou positivamente agradada quando repararam que a mãe não estaria bem:

“Às vezes focam-se só nos bebés, que é o que devem focar, mas é bom quando reparam também que a mãe não está (...)” (Mãe 4)

De acordo com a literatura, dadas as circunstâncias que se seguem ao nascimento de um bebé prematuro, o suporte social prestado pelos profissionais que acompanham o bebé, é essencial. Não só porque poderá ser a primeira vez que a mãe passa por situação semelhante, como mesmo sendo um segundo filho, a prematuridade poderá trazer elementos que até então não teria experienciado. Tipicamente, na maioria dos casos as mães podem experienciar perda de identidade materna, falta de controlo sobre o processo e de tudo o que é feito ao seu bebé (visto que muitas das vezes são necessários conhecimentos médicos para), o envolvimento nos cuidados ao bebé, a

interação com a mãe, partilha de informações, são sentidos como atitudes positivas por parte dos profissionais que podem ter como resultados a diminuição de ansiedade dos pais, maior confiança nas suas capacidades, e uma potencial redução de *stress* materno aquando da presença durante o cuidado prestado ao bebé (Negarandeh et al., 2021; Flacking et al., 2012).

A sensibilidade materna para entender os sinais do bebé, poderá assim ser facilitada pelo apoio prestado pelos profissionais de saúde, uma vez que o suporte social age como fator protetor e capaz de aumentar, de certa forma, a perceção de autoeficácia materna. No que diz respeito à experiência da mãe 3, isso foi possível de clarificar:

“Acho que ao fim da primeira semana nem isso, a enfermeira já dizia pronto íamos vendo elas a mudar a fralda, e a enfermeira disse “olhe vão vendo, porque depois qualquer dia quando se sentirem à vontade vocês é que vão começar a fazer.” (Mãe 3)

As enfermeiras que prestaram apoio, tiveram um papel sentido como importante e securizador, ao apoio prestado aos pais nos cuidados ao bebé. A aprendizagem e progressiva participação dos pais nas tarefas necessárias diariamente ao bebé, permitiu um ganho progressivo das capacidades de autonomia e aumento da perceção de autoeficácia.

“Sim. Tanto que a enfermeira perguntava “então hoje, alguém quer mudar a fraldinha?” e eu disse “eu não quero.” E o meu marido disse “ah, eu mudo.” (Mãe 3)

“(…) E há um dia que uma enfermeira diz “então e a mãe?” e eu disse “eu não sou capaz” e ela disse “é sim, mãe. E ela disse: Hoje é a mãe que vai mudar a fralda” e eu disse “não, o meu marido muda. O pai muda” (Risos) e ela disse “não mãe. Não me leve a mal, hoje muda a mãe. Eu fico aqui do outro lado da incubadora, com as mãos dentro da incubadora, para ajudar, mas hoje é a mãe que vai mudar. A mãe precisa de ter este contacto com a bebé” e aí fui eu que lhe mudei a fralda. Mas as fraldas são tão... piriris!” (Mãe 3)

Na experiência particular da mãe 3, apesar da comparação existente das suas capacidades efetivas *versus* a capacidade que entendia como superior por parte dos profissionais de saúde

responsáveis, na perspectiva desta mãe, parece ter sido um obstáculo ultrapassado de forma positiva, ainda que de forma progressiva, com o apoio prestado:

“Pensei eu: ainda lhe parto uma perna ou desloco sei lá... não sei, são muito pequeninos. É o medo constante. Elas pegam nos bebés com uma... rapidez e com uma facilidade que eu fico... não consigo pegar assim! (risos) Parece que se vai partir toda, não consigo. Mas pronto aí aos poucos vai havendo o contacto, na fralda, ainda no toquezinho à bebé.” (Mãe 3)

Sentimento de culpa face ao nascimento do bebé prematuro

Apesar de os sentimentos de culpa face a distintas fases do internamento do bebé prematuro terem sido perceptíveis, de modo geral, nas mães entrevistadas, a mãe 3 revelou sentimentos de culpa particularmente frequentes e generalizados a um maior número de situações, face às restantes. Na primeira visita à Neonatologia, a mãe 3 referiu não querer ir sozinha, pedindo ao marido para a acompanhar. Uma das razões, foi por se sentir culpada face à permanência da bebé naquele local, que para si era totalmente novo e desconhecido:

“E porque também... o sentimento de culpa é algo que nos... (emocionada) toca muito. Ainda... eu agora estou a ser acompanhada por uma psicóloga e ela diz que o sentimento de culpa vai acabar por andar sempre muito connosco, é um sentimento que vai ficar. Obviamente que com o tempo vai ficando mais leve.” (Mãe 3)

Nos momentos de maior necessidade de contenção, a mãe 3 contou com o suporte social fulcral do marido e pai da bebé, algo que foi muito importante em várias etapas, em particular nas primeiras visitas à bebé, na neonatologia. Não obstante, o sentimento de culpa era mais uma vez, o sentimento principal descrito em momentos de confronto direto com a realidade de ter um bebé prematuro:

“Mas eu sentia muita culpa. Ainda hoje sinto. Portanto... e eu não queria ir vê-la sem saber que estava ali alguém, que eu conhecia né, porque...” (Mãe 3)

“Há duas enfermeiras que vêm ter comigo e perguntar se eu queria ir ver a M. e eu disse que sim. Liguei para o meu marido, disse “ainda estás no hospital?” e ele disse “estou” “então não te vás embora que eu vou ver a M., mas eu não quero ir sozinha.” (emociona-se). (Mãe 3)

Num dos períodos mais críticos do internamento da sua bebé, a mãe 3 enumerou um conjunto de situações que tinham feito despoletar sentimentos negativos, nomeadamente o facto de ser questionada com frequência sobre o tempo que passava no serviço onde a sua bebé estava hospitalizada. O sentimento de culpa face ao facto da filha estar numa incubadora por tempo indeterminado, foi intensificado pela forma como foi abordada pelos profissionais de saúde, em determinado momento do período de internamento:

“Eu já me sinto péssima, culpada o suficiente e acho que vou sentir culpada o resto da vida por a M. estar enfiada dentro de uma incubadora, não sei durante quanto tempo. Se vai ficar com sequelas, se não vai ficar com sequelas, o que é que isto vai levar...” (Mãe 3)

“Eu já me sinto mal a partir do momento em que fico internada, ou melhor a partir do momento que fico de repouso em casa já me começo a questionar o que é que eu estou a fazer para prejudicar a minha filha.” (Mãe 3)

No que diz respeito à sua experiência, o sentimento de culpa e a ausência de estratégias eficazes para lidar com todo o processo (desde a recomendação de repouso) fez com que a ideia da permanência da sua bebé num serviço de Neonatologia tivesse sido vivida de forma mais negativa, e por conseguinte, sentindo-se mais culpada. Como tal, é possível afirmar que a partir do momento em que foram dados os primeiros sinais de alarme face a esta gravidez, a culpa agudizou-se, dado que a única recomendação seria repousar. Ainda assim, uma vez que a bebé acabou por nascer antes do tempo previsto, podendo ter consolidado a crença materna de que para além de ser um “fracasso” e de a gravidez não ter terminado apenas após o tempo esperado, após o nascimento. São sentimentos coerentes com relatos de estudos anteriores (Obeidat et al., 2009).

No que diz respeito à experiência da mãe 2, o sentimento de culpa era relacionado maioritariamente ao facto de se encontrar privada do contacto com as suas bebés, durante o período de internamento inicial:

“Era o sentimento de culpa de não lhes poder tocar, medo de lhes pegar qualquer coisa. Podia-se fazer compressão, mas tentávamos evitar (...)” (Mãe 2)

Apesar de ter sido uma temática recorrente no estudo realizado e nas entrevistas relativas às mães 2 e 3 em particular, não foram encontrados, até à data, estudos que relacionem os sentimentos de culpa a situações particulares acerca das experiências maternas com um bebé prematuro, com exceção do tema da amamentação. Sabe-se, em termos gerais, que existe sim a presença deste sentimento em mães de bebés prematuros, assim como outros que se verificam na maioria dos estudos realizados: a ansiedade, medo, sentimentos de depressão, baixa perceção de autoeficácia, entre outros.

Conclusão

No que diz respeito à fase que antecede o nascimento, tanto a gravidez como os possíveis sinais de atenção que indicaram de alguma forma que algum dos bebés correria riscos de nascer prematuro, demonstraram ser dois dos fatores relatados pelas mães sob os quais detinham pouca ou nenhuma informação acerca dos processos envolvidos em dois momentos fulcrais: a necessidade de repouso absoluto e que condições implica, a preparação para um eventual internamento ainda durante a gravidez, e reajustes familiares de rotinas pré-existentes, nomeadamente quando já existem filhos anteriores. Em internamentos mais longos, foi possível aferir que mães que já tinham filhos, relatam maior sentimento de culpa face às mudanças repentinas na vida familiar, maior frequência de sentimentos de tristeza e arrependimento face ao período em que, inevitavelmente, acabam por estar ausentes para os seus outros filhos.

A ansiedade manifestada face à imprevisibilidade dos momentos que se vivem durante o internamento, assim como o medo iminente de que o parto possa acontecer a qualquer altura, são algumas das razões que demonstram elevar níveis de desesperança durante o período do internamento, sentimentos de medo face ao desconhecido, e sinais de alarme no que diz respeito à

forma como a mãe pode vivenciar o período perinatal, um dos fatores para os quais foi possível concluir não estarem totalmente preparadas nem conscientes do que implicaria o dia a dia de ter um bebê prematuro. À exceção da mãe 1, profissionalmente inserida no ramo hospitalar, com conhecimentos prévios na área, todas as outras mães demonstraram sentimentos de desamparo em alguns dos momentos mais críticos de todo o processo de internamento do bebê. O estabelecimento de um vínculo seguro implica a existência de uma dinâmica relacional entre a díade, e implica apesar de ser uma construção bidirecional entre mãe e bebê, um conhecimento daquelas que podem ser as limitações existentes num período inicial, na vida de um bebê prematuro. A impessoalidade do momento do parto (com muitas pessoas presentes na sala) e a ausência de contacto imediato com o bebê após o nascimento, foram dois dos fatores mais enumerados como sendo responsáveis pelas recordações menos positivas do dia do nascimento do bebê.

Uma vez que a prematuridade exige, na maioria dos casos, internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, as experiências maternas divergiram quanto a isto, tendo sido para uma das mães relativamente mais fácil confiar nos profissionais que cuidavam do seu bebê descrevendo a experiência como apesar de difícil, positiva em termos de apoio da equipa médica.

Desta forma, conclui-se que teria sido pertinente aferir alguns fatores individuais da mãe que pudessem estar envolvidos na vivência do internamento do bebê, tais como características relativas à personalidade da mesma. Apesar de existirem relatos divergentes, 3 das duas mães revelaram alguma relutância e receio face ao momento em que viram os seus bebês tão pequenos, envolvidos em vários aparelhos médicos (Fios de entubação, por exemplo) e também algum medo, por não terem tido nem contacto nem experiência anterior com uma realidade semelhante, que já as permitisse ter o conhecimento necessário para agir em conformidade com as necessidades de um bebê prematuro. Como fator protetor, ainda que com momentos de discrepância entre a expectativa face aos cuidados prestados *versus* os cuidados reais prestados pelos profissionais de saúde ao longo de todo o processo, o suporte social médico foi o elemento que ditou a vivência da experiência materna, até ao período da alta médica. A forma como a informação era oferecida aos pais, o envolvimento na prestação de cuidados, periodicidade com que era dada informação, a atenção dada à dinâmica familiar e consequentes ajustes em função da mesma, percepção de disponibilidade para resposta de dúvidas, parece não só ser um fator capaz de aumentar a percepção de autoeficácia materna como melhorar a percepção de identidade materna, durante o internamento.

Em período pós-hospitalar, o acompanhamento psicológico à mãe parece constituir uma medida urgente, em alguns períodos subestimada pelas mães pela vontade que demonstraram em passar a maior parte do tempo junto ao seu bebê, considerando que meia hora ou uma hora seria um período do qual estariam a abdicar. No entanto, a mãe que deu continuidade ao processo psicoterapêutico reconhece a sua relevância e considera estar a ser uma grande ajuda, especialmente quanto a si.

Apesar de não terem sido recolhidos dados que permitam hipotetizar que tenha existido dificuldades na construção da relação mãe-bebê, e à data da entrevista realizada as mães terem-se autopercebido como capazes de acalmar os seus filhos, proporcionar-lhes um ambiente afetivo sob o qual podem crescer, e uma grande preocupação relativa à prestação de cuidados, há fatores que merecem a clara atenção de intervenções futuras que poderão ser realizadas principalmente para tornar a vivência materna do nascimento de um bebê prematuro e tudo o que isso poderá significar, mais positiva.

Por último, o importante contributo deste estudo, incidiu maioritariamente sobre a análise da experiência de quatro mães de bebês prematuros, sem qualquer critério de exclusão à exceção da idade do bebê, e de que forma é que o relato da sua experiência pode oferecer algum *insight* sobre a forma como o nascimento de um bebê prematuro pode prejudicar áreas fundamentais ao estabelecimento de um vínculo seguro entre a mãe e o bebê.

Implicações Práticas

Este estudo permite assim sugerir um conjunto de questões práticas essenciais ao contributo que a Psicologia Clínica e da Saúde pode oferecer não só às Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, como ao acompanhamento materno de mães que encontrem dificuldades no processo de conexão ao seu bebê. Revelou perspectivas distintas daquilo que pode ser a vivência materna de um período tão sensível como o nascimento de um bebê prematuro, e tem como objetivo primordial a reflexão acerca da importância de prestar os cuidados adequados desde o primeiro sinal de alarme existente na gravidez. Tal como foi mencionado inúmeras vezes no decorrer da presente dissertação, a mãe não se torna mãe apenas quando o seu bebê nasce, e como tal, apoiar a mãe em todas as fases é de extrema importância. Desta forma, uma das primeiras implicações à prática clínica que advém como sugestão após a realização deste estudo, é aumentar o número de

Psicólogos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), para que desta forma o apoio à mãe não seja dado apenas em situações limite ou no período pré-alta, mas sim durante o período do internamento do bebé, em horário flexível e que com um maior número de profissionais, seja possível de ajustar à disponibilidade temporal e emocional não só da mãe, como do pai se justificável e se aplicável. A criação de grupos de apoio físicos, dinamizados por profissionais competentes, em horário ajustado às necessidades da maioria dos pais presentes na unidade, para que possam efetuar as suas partilhas se necessário, e apenas se se considerarem preparados para tal após uma sensibilização e conhecimento dos objetivos do grupo de apoio dinamizado.

Como mencionado por uma das mães em contexto de entrevista, o desconhecimento daquilo que é o ambiente físico e técnico vivido numa UCIN pode ser por vezes assoberbante, ainda para mais quando os pais apenas têm noção do mesmo após o bebé já lá estar internado. Para os pais que estejam disponíveis a tal, oferecer a opção de uma visita guiada à UCIN, onde conhecem alguns dos profissionais, o seu papel no tratamento e prestação de cuidados ao bebé, os equipamentos e a sua finalidade, e as burocracias inerentes à unidade (horários, questões de higienização, cuidados a ter, entre outros).

Apesar do estudo não ter como objetivo a generalização de resultados, várias foram as dimensões que podem ser consideradas como possíveis períodos de risco ao desenvolvimento de eventuais sinais de alarme para a ausência de estabelecimento de vínculo entre a mãe e o bebé, ou do estabelecimento de um vínculo inseguro pela oscilação de resposta materna a determinadas necessidades do bebé. O conhecimento materno acerca das peculiaridades inerentes ao bebé prematuro, poderão também ser uma mais valia na construção da ligação mãe-bebé, de forma a ajustarem o seu padrão interacional, consciencializarem-se do que será inevitável (serem bebés mais ativos ou demonstrarem mais irritabilidade, padrões de sono expectáveis, alimentação e possíveis alterações em comparação a bebés de termo, entre outros). Desta forma, sugerir a existência de uma equipa multidisciplinar sólida, que uma estratégias para fornecer aos cuidadores primários o maior número de estratégias possíveis, conhecimento, tendo em vista a diminuição de muitos dos sentimentos negativos por vezes associados a questões de culpa, incerteza e expectativas desajustadas face à situação.

Referências

- Adhabi, E., & Anozie, C. B. (2017). Literature review for the type of interview in qualitative research. *International Journal of Education*, 9(3), 86-97. <https://doi.org/10.5296/ije.v9i3.11483>
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Ajuriaguerra, J., & López-Zea, A. (1977). *Manual de psiquiatria infantil*. Masson.
- American Psychological Association. (s.d.). Post-partum period. In *APA dictionary of psychology*. Consultado a 28 de Junho, 2023, em <https://dictionary.apa.org/postpartum-period>.
- Asadi, G., Aslani, A., Nayebinia, A. S., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2020). Explaining breastfeeding experiences and assessing factors affecting breastfeeding self-efficacy in mothers of premature infants: a mixed method study protocol. *Reproductive Health*, 17(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0895-2>
- Asadi, M., Noroozi, M., & Alavi, M. (2020). Factors affecting women's adjustment to postpartum changes: A narrative review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 25(6), 463. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_54_20
- Bakewell-Sachs, S., & Gennaro, S. (2004). Parenting the post-NICU premature infant. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(6), 398-403. <https://doi.org/10.1097/00005721-200411000-00011>
- Bardin, L. (2009). *Content analysis*. Lisbon, Portugal: Edições 70, LDA.
- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G., & Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International journal of nursing studies*, 55, 115-130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023>
- Beebe, B., Lachmann, F. M., Markese, S., Buck, K. A., Bahrack, L. E., Chen, H., ... & Jaffe, J. (2012). On the origins of disorganized attachment and internal working models: Paper II. An empirical microanalysis of 4-month mother–infant interaction. *Psychoanalytic dialogues*, 22(3), 352-374. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.679606>
- Beebe, B., Lachmann, F., Markese, S., & Bahrack, L. (2012). On the origins of disorganized attachment and internal working models: Paper I. A dyadic systems approach. *Psychoanalytic dialogues*, 22(2), 253-272. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.666147>

- Beebe, B., Myers, M. M., Lee, S. H., Lange, A., Ewing, J., Rubinchik, N., Andrews, H., Austin, J., Hane, A., Margolis, A. E., Hofer, M., Ludwig, R. J. & Welch, M. G. (2018). Family nurture intervention for preterm infants facilitates positive mother–infant face-to-face engagement at 4 months. *Developmental Psychology*, *54*(11), 2016. <https://doi.org/10.1037/dev0000557>
- Behrens, K. Y., Parker, A. C., & Haltigan, J. D. (2011). Maternal sensitivity assessed during the Strange Situation Procedure predicts child's attachment quality and reunion behaviors. *Infant Behavior and Development*, *34*(2), 378-381. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.02.007>
- Black, A. (2012). Breastfeeding the premature infant and nursing implications. *Advances in Neonatal Care*, *12*(1), 10-14. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3182425ad6>
- Blum, H. P. (2004). Separation-individuation theory and attachment theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *52*(2), 535-553. <https://doi.org/10.1177/00030651040520020501>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. In *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger* (pp. 1-429). London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss: Volume 1* (2ª Edição). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2008). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, *3*(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brough, P. (Ed.). (2018). *Advanced research methods for applied psychology: Design, analysis and reporting*. Routledge.
- Brum, E. H. M. D., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & saúde coletiva*, *9*, 457-467.
- Callen, J., & Pinelli, J. (2005). A review of the literature examining the benefits and challenges, incidence and duration, and barriers to breastfeeding in preterm infants. *Advances in Neonatal Care*, *5*(2), 72-88. <https://doi.org/10.1016/j.adnc.2004.12.003>
- Campbell-Yeo, M. L., Disher, T. C., Benoit, B. L., & Johnston, C. C. (2015). Understanding kangaroo care and its benefits to preterm infants. *Pediatric health, medicine and therapeutics*, 15-32. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S51869>
- Carrera-Fernandez, M. J., Guardia-Olmos, J., & Peró-Cebollero, M. (2014). Qualitative methods of data analysis in psychology: An analysis of the literature. *Qualitative Research*, *14*(1), 20-36. <https://doi.org/10.1177/1468794112465633>

- Cockcroft, S. (2012). How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *Journal of Neonatal Nursing, 18*(3), 105-110. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2011.07.008>
- concept analysis. *Midwifery, 25*(2), e49-e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Cong, X., Ludington-Hoe, S. M., Hussain, N., Cusson, R. M., Walsh, S., Vazquez, V., Briere, E. C., & Vittner, D. (2015). Parental oxytocin responses during skin-to-skin contact in pre-term infants. *Early Human Development, 91*(7), 401-406. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.04.012>
- Cook, K., & Loomis, C. (2012). The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *The Journal of perinatal education, 21*(3), 158-168. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>
- Craig, J. W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S. L., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology, 35*(1), S5-S8. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.142>
- Crowe, M., Inder, M., & Porter, R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 49*(7), 616-623. <https://doi.org/10.1177/0004867415582053>
- Cuenca, D. (2023). Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Frontiers in Global Women's Health, 3*. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1032212>
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., Ewald, U., Dykes, F., & Scene group. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica, 101*(10), <https://doi.org/1032-1037>. [10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x)
- Fleck, A., & Piccinini, C. A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia, (40)*. <https://doi.org/10.29327/226091>
- Fleury, C., Parpinelli, M. A., & Makuch, M. Y. (2014). Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth, 14*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-313>
- Flick, U. (2004). *Construtivism*. In Flick, U., Kardoff, E., & Steinke, I. A Companion to Qualitative Research (pp. 88-93). Sage.

- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9(4), 679-700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2018). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Routledge.
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early human development*, 87(1), 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006>
- Føreland, A. M., Engesland, H., Kristoffersen, L., & Fegran, L. (2022). Postpartum experiences of early skin-to-skin contact and the traditional separation approach after a very preterm birth: A qualitative study among mothers. *Global Qualitative Nursing Research*, 9, 23333936221097116.
- Frodi, A., & Thompson, R. (1985). Infants' affective responses in the strange situation: Effects of prematurity and of quality of attachment. *Child development*, 1280-1290. <https://doi.org/10.2307/1130243>
- Gerlsma, C., & Luteijn, F. (2000). Attachment style in the context of clinical and health psychology: a proposal for the assessment of valence, incongruence, and accessibility of attachment representations in various working models. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 15-34. <https://doi.org/10.1348/00071120016027>
- Goldberg, S., Muir, R., & Kerr, J. (3rdEd). (2016). *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Taylor & Francis Group. ISBN 9781138147263
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The lancet*, 371(9606), 75-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)
- Goliath, M. V., & Simanke, R. T. (2022). Pluralismo metodológico e interdisciplinaridade nas pesquisas psicanalíticas de René Spitz: fundamentos e estratégias. *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, 39. <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2022.36326>
- Gonçalves, J. L., Fuertes, M., Alves, M. J., Antunes, S., Almeida, A. R., Casimiro, R., & Santos, M. (2020). Maternal pre and perinatal experiences with their full-term, preterm and very preterm newborns. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02934-8>

- Goossens, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Delbaere, I., & Verhaeghe, S. (2018). Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies. *Midwifery*, *56*, 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.004>
- Harlow, H. F., & Zimmermann, R. R. (1958). The development of affectional responses in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, *102*(5), 501-509.
- Haro, F., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M. I., Ramos, M., Carvalho, P., & Costa, R. (2016). *Investigação em ciências sociais: Guia prático do estudante. Lisboa: Pactor*, 111-20.
- Hauptmann, B., & Reeves, C. (2018). Donald Winnicott and John Bowlby: personal and professional perspectives. Routledge. Hogarth press and the institute of psychoanalysis.
- Hodgkinson, E. L., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*, *14*(1), 1-11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/330>
- Holmes, J. (2014). *John Bowlby and attachment theory*. Routledge.
- Howland, L. C. (2007). Preterm birth: implications for family stress and coping. *Newborn and infant nursing reviews*, *7*(1), 14-19. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2006.12.008>
- Innamorati, M., Sarracino, D., & Dazzi, N. (2010). Motherhood constellation and representational change in pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, *31*(4), 379-396. <https://doi.org/10.1002/imhj.20261>
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in NICU: the impact of preterm birth on parental distress. *Europe's journal of psychology*, *12*(4), 604. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Johansson, C., & Finnbogadóttir, H. (2019). First-time mothers' satisfaction with their birth experience—a cross-sectional study. *Midwifery*, *79*, 102540. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102540>
- Jomeen, J. (2004). The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *Clinical Effectiveness in Nursing*, *8*(3-4), 143-155. <https://doi.org/10.1016/j.cein.2005.02.001>
- Jones, H., & Santamaria, N. (2018). Physiological benefits to parents from undertaking skin-to-skin contact with their neonate, in a neonatal intensive special care unit. *Scandinavian journal of caring sciences*, *32*(3), 1012-1017. <https://doi.org/10.1111/scs.12543>
- Khan, N. N., Boyle, J. A., Lang, A. Y., & Harrison, C. L. (2019). Preconception health attitudes and behaviours of women: a qualitative investigation. *Nutrients*, *11*(7), 1490. <https://doi.org/10.3390/nu11071490>

- Khandre, V., Potdar, J., Keerti, A., & Khandre Jr, V. (2022). Preterm Birth: An Overview. *Cureus*, *14*(12). <https://doi.org/10.7759/cureus.33006>
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, *91*(2), 164-173. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x>
- Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A. M., Chastang, J., Robert, S., Gaouaou N., & Ibanez, G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, *18*, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2087-4>
- Lamb, M. E., Thompson, R. A., Gardner, W., & Charnov, E. L. (Eds.). (2013). *Infant-mother attachment: The origins and developmental significance of individual differences in strange situation behavior*. Routledge. ISBN 0-89859-654-8
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, *25*(2), e49-e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Leahy-Warren, P., Coleman, C., Bradley, R., & Mulcahy, H. (2020). The experiences of mothers with preterm infants within the first-year post discharge from NICU: social support, attachment and level of depressive symptoms. *BMC pregnancy and childbirth*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02956-2>
- Littleton, H. L., Breitkopf, C. R., & Berenson, A. B. (2007). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, *196*(5), 424-432. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.03.042>
- Lupton, D., & Fenwick, J. (2001). ‘They’ve forgotten that I’m the mum’: constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Social science & medicine*, *53*(8), 1011-1021. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00396-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00396-8)
- Mariotti, P. (2012). *The maternal lineage: Identification, desire and transgenerational issues*. Routledge.
- Marks, D. F., & Yardley, L. (Eds.). (2004). *Research methods for clinical and health psychology*. Sage.
- McIntosh, B. J., Stern, M., & Ferguson, K. S. (2004). Optimism, coping, and psychological distress: Maternal reactions to NICU hospitalization. *Children's Health Care*, *33*(1), 59-76. https://doi.org/10.1207/s15326888chc3301_4
- Medina, I. M. F., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Ávila, M. C., & Rodríguez, M. D. M. L. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely

- preterm infants' mothers. *Women and Birth*, 31(4), 325-330.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008>
- Mehler, K., Heine, E., Kribs, A., Schoemig, C., Reimann, L., Nonhoff, C., & Kissgen, R. (2023). High rate of insecure attachment patterns in preterm infants at early school age. *Acta Paediatrica*, 112(5), 977–983. <https://doi.org/10.1111/apa.16700>
- Morrison, J. (2011). *Preterm Birth: Mother and Child*. Intech. New York: Basic Books.
<https://doi.org/10.4324/9780429482489>
- Moutinho, V., Baptista, J., Mesquita, A. R., Wolke, D., Toscano, C., Moreira, C., Bernardo, A., & Soares, I. (2023). Cortisol reactivity and negative affect among preterm infants at 12 months during a mother-infant interaction task. *Infant Behavior and Development*, 70.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2022.101784>
- Negarandeh, R., Hassankhani, H., Jabraeili, M., Abbaszadeh, M., & Best, A. (2021). Health care staff support for mothers in NICU: a focused ethnography study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03991-3>
- Niela-Vilén, H., Melender, H. L., Axelin, A., Löyttyniemi, E., & Salanterä, S. (2016). Predictors of breastfeeding initiation and frequency for preterm infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(3), 346-358. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.01.006>
- Norholt, H. (2020). Revisiting the roots of attachment: A review of the biological and psychological effects of maternal skin-to-skin contact and carrying of full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 60, 101441. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101441>
- Nour, N. M. (2012). Premature delivery and the millennium development goal. *Reviews in obstetrics and gynecology*, 5(2), 100.
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of perinatal education*, 18(3), 23-29.
<https://doi.org/10.1624/105812409X461199>
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., Balottin, U., Manzoni, P., & Stronati, M. (2014). Risk and protective factors in maternal–fetal attachment development. *Early human development*, 90, S45-S46. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(14\)50012-6](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(14)50012-6)
- Prior, V., & Glaser, D. (2006). *Understanding attachment and attachment disorders: Theory, evidence and practice*. Jessica Kingsley Publishers.

- Purdy, I. B., Craig, J. W., & Zeanah, P. (2015). NICU discharge planning and beyond: recommendations for parent psychosocial support. *Journal of Perinatology*, 35(1), S24-S28. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.146>
- Raines, D. A. (2017). Simulation as part of discharge teaching for parents of infants in the neonatal intensive care unit. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(2), 95-100. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000312>
- Rajecki, D. W., & Obmascher, P. (1978). Infantile attachment: a comparative review of aspects. *The behavioral and brain sciences*, 3, 464. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00075828>
- Reisz, S., Brennan, J., Jacobvitz, D., & George, C. (2019). Adult attachment and birth experience: importance of a secure base and safe haven during childbirth. *Journal of reproductive and infant psychology*, 37(1), 26-43. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1509303>
- Santona, A., Tagini, A., Sarracino, D., De Carli, P., Pace, C. S., Parolin, L., & Terrone, G. (2015). Maternal depression and attachment: the evaluation of mother–child interactions during feeding practice. *Frontiers in psychology*, 6, 1235. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01235>
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)
- Sherman, L. J., Rice, K., & Cassidy, J. (2015). Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review. *Developmental Review*, 37, 109-141. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.06.001>
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Eller, J., & Paetzold, R. L. (2020). *Major principles of attachment theory*. In *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 222-239). Guildford Press.
- Smith, V. C. (2021). Discharge planning considerations for the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 106(4), 442-445. <https://10.1136/archdischild-2019-318021>
- Snir, S., Shofar, O., Rechtman, S., & Cohen-Yatziv, L. (2020). Maternal representations in mother-infant relationship drawings by third trimester primigravidae. *The Arts in Psychotherapy*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101683>

- Spielman, V., & Taubman-Ben-Ari, O. (2009). Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: A comparison between parents of pre-and full-term babies. *Health & Social Work, 34*(3), 201-212. <https://doi.org/10.1093/hsw/34.3.201>
- Spritz, R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child, 1*, 53-75. <https://doi.org/10.1080/00797308.1945.11823126>
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development, 7*(4), 349-367. <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>
- Stern, D. N. (2009). *The first relationship*. Harvard University Press.
- Stern, D. N. (2018). The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. Routledge.
- Stern, D. N. (1995). *Th Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-infant Psychotherapy*. International Universities Press.
- Stern, J., Salih Joelsson, L., Tydén, T., Berglund, A., Ekstrand, M., Hegaard, H., Aarts, C., Rosenblad, A., Larsson, M. & Kristiansson, P., (2016). Is pregnancy planning associated with background characteristics and pregnancy-planning behavior? *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 95*(2), 182-189. <https://doi.org/10.1111/aogs.12816>
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & child nutrition, 10*(4), 456-473.
- Swanson, V., Nicol, H., McInnes, R., Cheyne, H., Mactier, H., & Callander, E. (2012). Developing maternal self-efficacy for feeding preterm babies in the neonatal unit. *Qualitative Health Research, 22*(10), 1369-1382. <https://doi.org/10.1177/1049732312451872>
- Tahirkheli, N. N., Cherry, A. S., Tackett, A. P., McCaffree, M. A., & Gillaspay, S. R. (2014). Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. *International Journal of Women's Health, 975-987. Scandinavian journal of caring sciences, 32*(3), 1012-1017.
- Van der Horst, F. C. (2011). John Bowlby-From psychoanalysis to ethology: Unravelling the roots of attachment theory. John Wiley & Sons.
- Van Rosmalen, L., Van der Veer, R., & Van der Horst, F. (2015). Ainsworth's strange situation procedure: The origin of an instrument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 51*(3), 261-284.
- Verschueren, K., Marcoen, A., & Schoefs, V. (1996). The internal working model of the self, attachment, and competence in five-year-olds. *Child development, 67*(5), 2493-2511.

- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology*. Berkshire: McGraw–Hill Education.
- World Health Organization (2023). Preterm Birth [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- World Health Organization (2022). WHO advises immediate skin to skin care for survival of small and preterm babies [News]. <https://www.who.int/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies>
- World Health Organization (s.d). *Breastfeeding*. Geneva. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant*. Geneva. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/363697/9789240058262-eng.pdf?sequence=1>
- Zimerman, D. E. (2009). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica, clínica—uma abordagem didática: teoria, técnica, clínica—uma abordagem didática*. Artmed Editora.
- Zimmermann, P. (1999). Structure and functions of internal working models of attachment and their role for emotion regulation. *Attachment & Human Development*, 1(3), 291-306.

Anexos

Anexo 1- Parecer da Comissão de Ética para a investigação da Universidade Europeia



Exmo. Professor Miguel Nery
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Estimado Coordenador,

Na qualidade de Presidente da Comissão de Ética da Universidade Europeia, cumpre-me oferecer pronúncia favorável aos dois projetos de investigação (*infra*), a desenvolver no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, a saber:

Dissertação: "A análise do impacto da prematuridade na vinculação mãe-bebé- um estudo qualitativo"

Investigadora: Maria Inês Sengo Marques Orientador:

Professor Doutor Miguel Nery Coorientador: Professor Paulo Ferrajão Unidade Curricular: Dissertação

Cumpre-me advertir para o cumprimento da Política de Privacidade e Proteção de Dados da Universidade Europeia (<https://www.europeia.pt/politica-de-privacidade-e-protecao-de-dados>).

Ao longo de toda a investigação, devem os investigadores agir em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados e a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto (Lei de Execução). Sempre que possível devem ser usados dados anonimizados como medidas de segurança.

Cordialmente,

Cristina Maria de Gouveia Caldeira
Presidente da CdE
Universidade Europeia
Cristina.caldeira@universidadeeuropeia.pt
Estrada da Correia, n.º53,
1500-210 Lisboa, Portugal
europeia.pt

Anexo 2- Guião de Entrevista

I-Gravidez

Vivência da Gravidez

1- De que forma foi vivida esta gravidez? Foi desejada? Teve complicações? Sabia de antemão que existia a possibilidade do seu bebé nascer prematuro?

2-Quando descobriu, como foram as primeiras reações?

Implicações práticas relacionadas com a prematuridade

3-Existiram complicações no momento do parto? Foi-lhe dada a possibilidade de fazer pele a pele assim que o bebé nasceu?

Historial de Gravidezes

4-Era a primeira gravidez e o primeiro filho? Existiram gravidezes anteriores?

II-Nascimento

Nascimento/Parto

5- Como foi o dia do nascimento? Como foi o parto? Como se sentiu? De que forma foi experienciado o momento do nascimento e os instantes que se seguiram?

Separação após o Nascimento

6- Depois do nascimento do bebé, como foram os primeiros instantes após o parto? Existiu possibilidade de efetuar contacto pele a pele? Se existiram complicações imediatas, como se sentiu?

III-Ambiente na UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais)

7-Como se sentiu na dinâmica inerente a uma UCIN? De que forma os profissionais de saúde contribuíram positivamente para o processamento da experiência materna do internamento do bebé?

8-De que forma se sentiu (ou não) apoiada? Quem ajudava, e em quê?

9-Sentiu-se sempre informada do processo clínico do bebé? Retrocessos e melhorias funcionais?

10-Como era a rotina da mãe durante o tempo que o bebé esteve internado? Era estimulado o contacto entre a díade?

IV-Amamentação e Alimentação

11- Ainda no hospital, como foi alimentar o seu filho? Tinha e concretizou o desejo de amamentar? Existiu algum motivo (médico ou não) que o impedisse?

Caso no hospital não tenha sido possível manter a amamentação:

12- Após a alta, foi-lhe possível retomar a amamentação? (caso desejado pela mãe e possível da parte do bebé em termos fisiológicos).

V-Interação mãe-bebé

Alta Médica

13-Como foram os primeiros meses em casa? O que sentiu no dia da alta médica? Quais as maiores dificuldades? Quais os pontos positivos que realça do momento em que o seu bebé sai da UCIN?

Dificuldades Pós-Hospitalares

14-Quais as maiores dificuldades que encontrou na adaptação pós hospitalar? Que estratégias usou?

Adaptação Rotina Pós Hospitalar

15-Como era a rotina diária com o bebé? Sente que conseguiu adaptar-se às suas necessidades? Como o acalmava?

Relação mãe-bebé

16-Como descreveria a sua relação com o seu filho/a até então? Como se descreve como mãe?

17- O que sente que o bebé mais necessita de si?

Tabela 2*Grelha de categorização das entrevistas*

| Temas | Categorias | Subcategorias | |
|-----------------|----------------------|---|--|
| Gravidez | Vivência da Gravidez | <p>Perceção pessoal do período da gestação, que inclui temas como: a reação inicial à gravidez, as preocupações inerentes à gravidez, preocupações com saúde materna, complicações durante a gravidez e estratégias de <i> coping </i> utilizadas durante a gravidez para lidar com fatores stressores.</p> | |
| | | Reação à gravidez | <p>Reação da mãe à notícia da gravidez (e no caso das mães que tiveram gémeos, de que forma reagiram à notícia que seriam gémeos). Relatados fatores relativos à sintonia da mãe perante o início da gravidez, descrição de como foi aceitar a gravidez.</p> |
| | | Planeamento da gravidez | <p>Estratégias adotadas de planeamento da gravidez (estar ativamente a tentar, descrição do período de</p> |

| | | |
|--------|--------------------------|---|
| | | preconceção e o que sentiu durante), desejo de uma gestação planeada <i>versus</i> não planeada. |
| | Período pré-conceção | Intervalo de tempo entre o planeamento e a concretização da gestação. |
| | Historial da parturiente | Historial médico da parturiente relativo a gravidezes anteriores (ex: existência prévia de filhos prematuros; abortos). |
| Exames | | Ecografias, amniocentese, controlo periódico da gravidez (não só o expectável, mas também devido a alguma questão diagnosticada medicamente) que exigisse um controlo mais próximo/regular da gravidez. |

| | |
|----------------------------|---|
| Necessidade de privacidade | Expressão de um sentimento de ser acompanhada num sítio onde fossem respeitados os limites de anonimato e confidencialidade pela mãe desejados. |
|----------------------------|---|

| | |
|--------------------------------|--|
| Antecedentes/sinais de atenção | Implicações de foro médico que durante a gravidez tenham previsto a possibilidade de parto prematuro (i.e restrição de crescimento, contrações muito cedo, colo do útero curto) bem como questões logísticas que possam ter tornado a gravidez um período diferente do percurso típico, e resultado num parto prematuro. |
|--------------------------------|--|

| | |
|---------------------------|--|
| Tempo de Gestação Materna | Relato do período temporal da gravidez em que se deu o nascimento do bebé (em semanas), e de marcos temporais importantes (em semanas) em que aconteceu algum momento particular (e.g número de semanas com que foi internada, número de semanas com que fez determinado exame relevante). |
|---------------------------|--|

| | |
|---|---|
| Sinais/Transformações Físicas Gravidez | Abordadas pela mãe as alterações físicas, psicológicas, fisiológicas, que tornaram o período da gestação mais limitante que o expectável (e.g muitos enjoos). |
|---|---|

| | |
|-----------------------------|---|
| Comparações entre gestações | Comparação com a gestação anterior (tida como modelo e termo de comparação). Relatada a forma como a discrepância entre as experiências a fez sentir. |
|-----------------------------|---|

| | | |
|----------------------|----------------------------|---|
| Internamento Materno | Complicações Médicas (Mãe) | Complicações médicas sofridas pela mãe aquando do seu internamento, antes do bebé nascer. |
|----------------------|----------------------------|---|

| | | | |
|--------------|-------------------|--|---|
| | | Preparação prévia ao parto | Abordadas questões relacionadas com a preparação prévia ao parto (protocolo neuroprotecção, entre outros). |
| | | Processamento Emocional da Experiência | Sentimentos evocados pela mãe sobre o seu internamento, e a descrição que faz deste momento. |
| Parto | Vivência do Parto | Momento em que o bebé nasce. Experiência da mãe nos segundos imediatos ao parto, oportunidade de fazer (ou não) pele a pele com o bebé por exemplo, logística que se seguiu exactamente a seguir ao parto. | |
| | | Sinais de Parto | Relatados os primeiros sinais de que a mãe poderia estar a entrar em trabalho de parto (i.e rotura de bolsa). |

| | | |
|--|--|---|
| | Perceção sobre o momento do parto | Abordados pela mãe fatores relacionados à sua vivência emocional e das primeiras sensações pré e pós-parto. |
| Atribuição de Causalidade (i.e ao nascimento) | Motivos para o internamento decorrente do facto de os bebés terem nascido prematuros, e por consequência terem necessidade de permanecer em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (Teve de ficar internado por.... Teve de nascer naquele dia porque...). | |
| Separação ao nascimento | São relatados episódios em que ocorreu uma separação imediatamente seguida ao nascimento. | |
| Tipo de parto e atribuição de causalidade ao mesmo | Tipo de parto que a mãe experienciou. Se parto normal, se parto executado através de cesariana. | |
| Comparação entre partos | Comparação feita pela mãe entre a forma como nasceu um filho e pormenores do nascimento do mesmo (peso à nascença, tipo de parto, possibilidade de estar/ficar logo com o bebé) à forma como nasceram filhos anteriores. | |

| | | |
|--|-----------|---|
| Acompanhamento médico Pré e Pós-parto | Pré-Parto | É relatada a prestação de cuidados à mãe ainda grávida. |
| | Pós-Parto | Acompanhamento prestado pela equipa médica que esteve presente na altura do parto e após. |
| Condição de Saúde Pós-Parto | Mãe | Consequências médicas, emocionais, decorrentes do momento do parto propriamente dito, e o que o mesmo envolveu. |
| | Bebé | Aborda questões relacionadas com problemas médicos, diagnosticados ao bebé, após o parto. Melhor explicadas pela condição da prematuridade. |
| Pós-Parto | Cirurgias | Procedimentos cirúrgicos a que o bebé foi submetido devido a complicações diagnosticadas. |

| | | |
|---------------------------|-------------------------------------|---|
| | | Necessidade de internamento do bebé logo após o nascimento devido à prematuridade. Necessidade de cuidados médicos vários. |
| | Internamento Bebé | Vivência comportamental e emocional do período de internamento do bebé, bem como as oscilações decorrentes do seu progresso ou retrocesso clínico. |
| | Vulnerabilidades clínicas | Fatores relativos a internamentos e questões médicas que aconteceram depois da alta da UCIN por problemas diversos (e.g vírus respiratórios, análises com valores dispare), melhor explicados pela fragilidade imunitária comum em bebés prematuros. Relatado, ainda, o impacto logístico e emocional que isso teve na experiência materna. |
| Evoluções Clínicas | Reequilíbrio de sistemas funcionais | Áreas deficitárias da saúde do bebé que foram registando evoluções com o passado do tempo, levando a que o seu estado de saúde progredisse, e descrição da sua progressão. |

Relação com Técnicos de Saúde

Perceção acerca dos Cuidados
prestados Mãe

Cuidados hospitalares prestados à mãe, em procedimentos diretamente efetuados por um profissional de saúde, que tenham impactado negativamente ou positivamente todo o processo, inclusive a forma como foi experienciado o momento pela mãe. Adaptabilidade a outro serviço de internamento são mencionadas. É feita a comparação entre a UCIN e serviços posteriores onde o bebé tenha estado internado.

Bebé

Cuidados hospitalares prestados à bebé, em

| | | |
|--|--|---|
| | | procedimentos diretamente efetuados por um profissional de saúde. |
| Diferenças sentidas pelos pais entre instituições hospitalares | Relatadas alterações sentidas pela mãe entre instituições e serviços hospitalares, tanto no trato ao bebê como na forma como a relação entre os profissionais de saúde e os cuidadores era estabelecida. | |
| Suporte Social Médico | Contenção/Acolhimento | Relatada pela mãe a forma como se sentiu contida/acolhida pelos profissionais de saúde e de que forma isso atuou como fator protetor da sua experiência em meio hospitalar. Por outro lado, são relatados pela mãe os episódios em que não se sentiu acolhida pelos profissionais de saúde, |

| | | |
|---------------------------|--|---|
| | | bem como a ausência de contenção do meio. |
| | Cuidados parentais | Envolvimento da mãe e do pai nas atividades inerentes à rotina diária do bebé, tais como a muda da fralda e o banho, entre outras. |
| | Capacidade de confiar nos profissionais de saúde | Construção da relação de confiança com os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados prestados ao bebé. |
| | Expectativas face aos cuidados prestados | Situações e atitudes que, face à expectativa materna, ocorreriam de outra forma. Relatado ainda o suporte social (médico ou familiar) que, de acordo com as suas expectativas gostaria de receber, e a descrição do que não foi de encontro às suas expectativas. |
| Interação Mãe-Bebé | Primeiro Contacto Mãe-Bebé | Momento em que a mãe foi conhecer os seus bebés pela primeira vez caso não tenha tido oportunidade de estabelecer contacto imediatamente após o parto, primeiro impacto causado pela Unidade de Cuidados Intensivos. |
| | Contacto Pele com Pele | Episódio do primeiro contacto mãe-bebé, forma como experienciou o momento e o significado atribuído ao momento. Relatados, também, os casos |

| | |
|--|--|
| | em que não tenha existido possibilidade de o fazer imediatamente após o nascimento. |
| Participação nas Rotinas do Bebê | Início dos cuidados maternos por parte da mãe após se sentir confortável na sua participação nas rotinas do bebê, bem como quando por razões clínicas não o pôde fazer desde início, demonstra essa vontade a determinado momento, auxiliando na sua conexão com o bebê. |
| Privação do Contacto | Episódios de ausência de contacto entre mãe e bebê, causadas por questões médicas e necessidade de assistência médica e/ou necessidade de permanência imediata em incubadora, na UCIN. |
| Descrição da Relação Mãe-Bebê | Percepção materna da qualidade da relação mãe-bebê. |
| Adaptação Rotina/Logística Pós-Parto (Mãe) | Mecanismos de adaptação da mãe, tanto ao nível prático, como emocional, no período pós-parto |
| Dificuldades Pós Hospitalares | Fatores que contribuíram para o condicionamento do período após o parto, ou que de alguma forma impediram a realização de alguma tarefa, tais como visitar as bebês no hospital. |

| | |
|--|--|
| Alta Médica | <p>Emoções vividas no dia da vinda para casa, bem como o período que o antecede e sucede (viagem para casa, últimas horas no hospital, chegada a casa). São abordadas pela mãe questões logísticas vividas em família no processo da alta, entre elas as dificuldades sentidas, estratégias usadas para combater as dificuldades encontradas.</p> <p>Relata ainda o processo de preparação para a alta, como a aprendizagem de estratégias necessárias para a ida para casa.</p> |
| <p>Comparação feita entre Experiências com Filhos Anteriores</p> | <p>Aborda fatores relativos às comparações feitas pela mãe relativamente à experiência de maternidade vivida antes e vivida agora, com o bebê (emocionalmente e logisticamente).</p> |
| <p>Perceção de Autoeficácia (Materna)</p> | <p>Forma como a mãe se vê na relação com o bebê, e de que forma percebe a sua capacidade de tratar o seu bebê.</p> |
| Alimentação/Amamentação | <p>Amamentação</p> <p>Temas relacionados com a forma de obter alimento do bebê, neste caso em específico, dados acerca do processo de amamentação</p> |

| | | |
|-------------------|--|--|
| | Dificuldades Médicas como obstáculo ao processo de amamentação | Obstáculos médicos que impossibilitaram total ou parcialmente o processo de amamentação. |
| | Motivo do término do processo de amamentação | Motivo percecionado pela mãe como “responsável” pelo término de amamentação, e de que forma lidou com isso. |
| Vinculação | Mentalização | Capacidade de compreender-se a si mesmo e aos estados mentais dos outros (sentimentos, desejos, entre outros) neste caso, do bebé. |
| | Desejo de Proximidade materna | Desejo da mãe de estar presente, fazer o filho sentir-se acompanhado por si. |
| | Estabelecimento de contacto com o bebé | Relatado pela mãe o desejo de contacto (ou não) com o bebé, e a forma como |

| | | |
|---|---|---|
| | | descreve como isso foi acontecendo de forma progressiva ou imediata após o nascimento. |
| | Autopercepção Materna | Abordada a descrição feita pela mãe do que considera ser para o bebê, bem como as características atribuídas a si própria, sejam positivas ou negativas. |
| | Sentimentos de desamparo face à experiência | Forma como a mãe gostava de ter sido preparada para tudo o que se seguiu ao nascimento da filha. |
| Processamento da Experiência Materna | Autopercepção da gestão da situação | Fatores relacionados com a forma como geriu a situação, emocionalmente e comportamentalmente. Que estratégias foram adotadas face à família, e de que forma recorreu à sua rede de suporte social. |
| | <i>Coping</i> | Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pela mãe para lidar com a situação que enfrentava no momento, focadas na emoção e no problema. Tentativa de controlar a resposta emocional face a um objeto causador de stress (stressor). Focado na emoção |

| | | |
|----------------------|-----------------------|--|
| | Focado no problema | Tentativa de controlar o objeto causador de stress (stressor), ou diminuir a sua influência. |
| Expressão Emocional | Sentimentos negativos | Expressos pela mãe sentimentos negativos, usados para descrever a sua experiência no momento. Tais como a tristeza, medo, choque, ansiedade, pânico e semelhantes. |
| | Sentimentos Positivos | Expressos pela mãe sentimentos positivos, usados para descrever a sua experiência no momento. Tais como o alívio e a alegria. |
| Sentimentos de Culpa | | Abordadas questões que suscitavam na mãe sentimento de culpa quer por se sentir culpada por o bebé nascer prematuro, quer por sentir que estava a falhar ou poderia vir a falhar com o filho já nascido. |

| | |
|----------------------------|--|
| Impotência | <p>Inevitabilidade e desamparo sentido nos momentos da realização de determinados procedimentos, mesmo quando o bebê corria risco de vida, mas a mãe não teria outra opção senão concordar.</p> <p>Medicamente, não existiriam outras opções viáveis.</p> <p>Expressões como “que opção é que eu tenho?” “que escolha é que eu tenho?”</p> |
| Necessidade de controlo | <p>Relatado pela mãe a constante preocupação por não conseguir prever de que forma as coisas poderiam evoluir, se para melhor ou para pior, e quanto tempo isso poderia demorar.</p> |
| Solidão | <p>Sentimentos de solidão e experiência da mesma durante o período de internamento e/ou pós-parto.</p> |
| Fatores de Contenção | <p>Descritas sensações que causaram algum alento/conforto durante a hospitalização, nomeadamente melhorias significativas nos bebês ou, quando gémeos, num deles.</p> |
| Tempo passado com as bebês | <p>Relatados fatores envolvidos no tempo que tinham que despender para cuidar de cada bebê, separadamente, quando gémeos e em serviços distintos.</p> |

| | |
|----------------------------|---|
| Sentimento de Raiva | Revolta associada a algumas práticas médicas discutíveis do ponto de vista ético. |
| Generalização da ameaça | Temas relacionados com <i>triggers</i> que ativaram sensações de ameaça na mãe, levando-a a tomar atitudes para tentar impedir situações hipotéticas, negativas, que pudessem vir a acontecer com o bebê. |
| Ambivalência | Sentimentos contraditórios em relação a uma determinada temática. |
| Medo da perda | Medo da mãe face à perda real do bebê. |
| Acompanhamento Psicológico | Apoio psicológico, quando sugerido pelos profissionais no hospital ou até mesmo por iniciativa própria da mãe. Relatado ainda o quão difícil pode ter sido a percepção e aceitação de que seria necessário despende de tempo para si em prol do apoio psicológico, e não olhar para esse momento como uma perda de tempo ou desperdício, em que não pode estar com o bebê, no entanto reconhecendo sempre a mais valia que representa não só o nosso bem estar físico mas mental. |

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Sintomatologia Psicológica | Comparação com marcos desenvolvimentais de outros bebês | Momentos em que a mãe comparou as aquisições feitas pelo seu bebê, com o bebê de terceiros, causando reações menos positivas e tornando-se causador de preocupação e ansiedade materna. |
| | Ataques de Pânico | Relatado pela mãe os episódios de pânico que experienciou após a nascença do bebê, bem como o que os despoletava, a primeira vez que teve, entre outros. |
| | Reação dos irmãos | Reorganização da frateria devido à integração do novo membro da família. Inclui descrições detalhadas dos primeiros encontros entre irmãos (já nascidos e gémeos prematuros, que por questões médicas permaneceram separados) quando se conheceram pela primeira vez. |
| Sistema Familiar | Contenção e Apoio do pai nos cuidados à bebé | Momentos em que o pai assumiu o papel principal de prestação de cuidados ao bebé (higiene maioritariamente) quando a mãe se via impossibilitada de tal, ou ainda não se percecionava como capaz de o fazer. |
| | Rede de Apoio familiar | Apoio direto ou indireto prestado por familiares da mãe e do bebé, tanto em questões emocionais como logísticas. |

| | |
|--------------------------|--|
| Suporte Social Percebido | Momentos específicos em que a mãe se sentiu particularmente apoiada e ouvida, quando partilhava informação relativa ao estado de saúde do bebé. |
| Ajustamento Familiar | <p>Pré-Parto</p> <p>Ajustamento necessário na rotina e logística familiar no período pré-parto, devido a limitações inerentes à gravidez, parto prematuro, e internamento materno inesperado.</p> |
| Ajustamento Familiar | <p>Pós-Parto</p> <p>Aborda alterações ou limitações existentes em questões elementares da rotina familiar que tiveram que ser tidas em conta, na reorganização do sistema familiar após o parto (e.g férias condicionadas por questões de saúde inesperadas e graves do bebé, ajustamento de rotinas após a chegada a casa e</p> |

conjugação de horários
familiares, entre outros).

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Aquisições/Reportório Motor | Manifestações Clínicas Atuais | Questões médicas ou relacionadas a questões médicas, que ainda se manifestam ao dia de hoje. |
| | Descrição Comportamental dos bebés | Relatado pela mãe a forma como os bebés se comportam, e como os caracteriza enquanto bebés (e.g se mexidos, mais irrequietos). |
| | Sono | Relatado pela mãe a forma como os bebés dormiam, de que forma eram as suas rotinas de sono. |
| | Descrição Física | Relatada pela mãe a descrição física do bebé (peso, tamanho). |
