

Marina Alexandra Rodrigues Bernardo

Vinculação e estratégias de coping em mães de crianças prematuras

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2012

Marina Alexandra Rodrigues Bernardo

Vinculação e estratégias de coping em mães de crianças prematuras

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2012

Marina Alexandra Rodrigues Bernardo

Vinculação e estratégias de coping em mães de crianças prematuras

(Marina Alexandra Rodrigues Bernardo)

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof. Doutora Paula Isabel Santos.

Porto, 2012

Resumo

O presente estudo teve como objetivos caracterizar sócio-demograficamente a amostra de mães de crianças prematuras e obter dados clínicos em relação ao nascimento das crianças, explorar os estilos de vinculação e as estratégias de coping em mães de crianças prematuras em comparação com mães de crianças de termo, e ainda, verificar, dentro das estratégias de coping, quais as mais usadas para cada estilo de vinculação para das duas amostras.

Para tal desenvolveu-se um estudo de carácter transversal com duas amostras, uma de 45 mães de crianças prematuras e outra de 45 mães de crianças de termo, ou seja, o grupo de controlo. Os dados relativos à amostra de crianças prematuras foram recolhidos no Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto enquanto que os dados das mães de crianças de termo foram recolhidos no Agrupamento de Escolas de S. João da Madeira. Todas as participantes responderam a um Questionário sócio-demográfico e clínico desenvolvido para o efeito, a Escala de Vinculação do Adulto e o Brief COPE.

Os resultados apontam para a inexistência de diferenças entre os dois grupos quanto ao estilo de vinculação, sendo que a maioria das mães apresenta um estilo de vinculação “seguro”. Quanto às estratégias de coping apenas se verificaram diferenças na estratégia de coping “aceitação”, sendo uma estratégia mais utilizada pelas mães de crianças prematuras. Por último, verificou-se que as mães de crianças prematuras com vinculação “preocupada” usam mais a estratégia “coping ativo” enquanto nas de termo são as que têm estilo de vinculação “seguro”. Na estratégia “negação” as mães prematuras que mais utilizam são as com estilo “desligado” e nas de termo “amedrontado”. Na estratégia “uso de substâncias” são as mães prematuras com estilo “seguro” e nas de termo são as com estilo “amedrontado” que mais a utilizam. Não se verificaram diferenças nas restantes estratégias.

Palavras-chave: Prematuridade; Mães; Vinculação; Estratégias de Coping.

Abstract

This study aimed to socio-demographically characterize the sample of mothers of premature infants and obtain clinical data in relation to the birth of children, explore the styles of attachment and coping strategies in mothers of premature infants compared with mothers of term, and also verify what are the coping strategies most used for each style of binding for the two samples.

For such it was developed a transversal study with two samples, one of 45 premature infants' mothers and other 45 term children' mothers, i.e. the control group. Data regarding the sample of premature infants were collected at the Child and Adolescent Psychiatry Department of the Oporto' Hospital Center whilst the data regarding mothers of term children were collected in the Schools' Grouping of São João da Madeira. All participants answered a socio-demographic and clinical questionnaire developed for this purpose, the Adult Attachment Scale and the Brief COPE.

The results indicate no differences between the two groups in terms of attachment style, being that most mothers presents a binding style "secure". With regard to coping strategies the only difference is in the coping strategy of "acceptance", being a strategy most used by mothers of premature infants. Finally, it was found that mothers of premature children with attachment "concerned" rely more on strategy "active coping" while as the term are those with attachment style "secure". In the strategy "denial" premature mothers that use most are the ones with style "off" and the term mothers "frightened". In the strategy "substance use" are mothers with premature style "secure" and the term are styled "frightened" that use it more. There were no differences in the remain strategies.

Key words: Prematurity; Mothers; Attachment; Coping Strategies.

À minha família e amigos.

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Paula Isabel Santos pela orientação, disponibilidade, compreensão, confiança, amizade e por todos os ensinamentos.

À Dr.^a Camila Gesta pelo acolhimento no Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Porto, bem como pela disponibilidade, incentivo e auxílio para a realização desta Dissertação.

À Professora Doutora Ana Sacau pelo auxílio prestado para a realização desta Dissertação.

Agradeço à Universidade Fernando Pessoa e a todos os professores, por todos os ensinamentos e conhecimentos partilhados.

Ao Centro Hospitalar do Porto e ao Agrupamento de Escolas de S. João da Madeira pela autorização para a realização deste estudo.

Ao Professor Doutor Pais Ribeiro e à Professora Doutora Maria Cristina Canavarro pela autorização da utilização dos instrumentos utilizados.

A todas as mães que se disponibilizaram para participar e colaborar nesta investigação, pois sem elas este trabalho não poderia ter sido realizado.

Agradeço aos meus pais e à minha irmã por todo o incentivo, compreensão, ajuda, confiança, apoio e paciência.

À minha grande amiga Sofia Matos...por tudo! Sem ti teria sido mais difícil. Obrigada pelo apoio incondicional, pelo incentivo, auxílio, carinho, alegria, pelas longas conversas, pela partilha e compreensão e sobretudo pela grande amizade durante os últimos anos.

À Sofia Ribeiro, à Filipa, à Xana, ao Filipe e ao Jorge por todo o carinho, apoio incondicional, alegria, compreensão, partilha, pela amizade que demonstram por mim e por me incentivarem a nunca desistir.

A todos os meus amigos, colegas de curso, colegas de estágio e a todas as pessoas que me apoiaram durante este percurso.

A todos, o meu sincero agradecimento.

Índice

Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Dedicatória.....	vii
Agradecimentos.....	viii
Índice.....	ix
Índice de Quadros.....	xii
Introdução.....	1

Parte I

Enquadramento Teórico

Capítulo I

1. Maternidade.....	5
---------------------	---

Capítulo II

2. Prematuridade.....	11
2.1 Fatores que podem influenciar a prematuridade.....	14
2.2 Bebê esperado e o bebê real: O choque e o luto.....	16
2.3 Prematuridade: Que efeitos nas mães?.....	18
2.4 Cuidar de um bebê prematuro.....	23
2.5 Crianças prematuras.....	27

Capítulo III

3. Vinculação.....	32
3.1 Vinculação nas mães de crianças prematuras.....	37

Capítulo IV

4. Coping.....	38
----------------	----

4.1 Estratégias de coping nas mães de crianças prematuras.....	44
4.2 Vinculação e estratégias de coping.....	46

Parte II

Estudo Empírico

Capítulo V

5. Material e Métodos.....	49
5.1 Desenho e objetivos do estudo.....	49
5.2 Participantes.....	49
5.3 Material.....	55
5.4 Procedimento.....	58

Capítulo VI

6. Resultados.....	60
6.1 Vinculação.....	60
6.2 Estratégias de coping.....	61
6.3. Vinculação e estratégias de coping.....	63

Capítulo VII

7. Discussão.....	78
Conclusão.....	83
Referências Bibliográficas.....	88

Anexos

Anexo A: Instrumentos Utilizados

Anexo B: Autorização Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo C: Autorização Centro Hospitalar do Porto

Anexo D: Autorização Agrupamento de Escolas de S. João da Madeira

Anexo E: Autorização da utilização da Escala de Vinculação do Adulto

Anexo F: Autorização da utilização do Brief COPE

Anexo G: Consentimento Informado

Anexo H: Quadros adicionais relativos aos testes estatísticos

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização das amostras quanto à idade.....	50
Quadro 2 – Caracterização sócio-demográfica das amostras.....	51
Quadro 3 – Caracterização das amostras, quanto à idade das crianças, número de semanas de gestação e tempo de internamento das mães e das crianças.....	52
Quadro 4 – Caracterização das amostras quanto ao facto da gravidez ser desejada ou não.....	53
Quadro 5 – Caracterização da amostra relativamente ao tipo de parto e ao peso à nascença.....	53
Quadro 6 – Caracterização quanto ao sexo da criança e relativamente à sua posição na fratria.....	54
Quadro 7 – Caracterização da amostra quanto ao recurso a métodos de Reprodução Medicamente Assistida.....	55
Quadro 8 – Frequência e percentagem dos estilos de vinculação nas duas amostras.....	61
Quadro 9 – Resultados relativos ao Qui Quadrado.....	61
Quadro 10 – Diferenças entre as amostras quanto às estratégias de coping.....	62
Quadro 11 – Teste da ANOVA Univariada para Auto-Distração.....	63
Quadro 12 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Auto-Distração.....	64
Quadro 13 – Teste da ANOVA Univariada para Coping Ativo.....	65
Quadro 14 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Coping Ativo.....	65
Quadro 15 – Teste da ANOVA Univariada para Negação.....	66
Quadro 16 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Negação.....	66
Quadro 17 – Teste da ANOVA Univariada para Uso de substâncias.....	67

Quadro 18 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Uso de Substâncias.....	67
Quadro 19 – Teste da ANOVA Univariada para Utilizar Suporte Social Emocional.....	68
Quadro 20 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Utilizar Suporte Social Emocional.....	68
Quadro 21 – Teste da ANOVA Univariada para Desinvestimento Comportamental.....	69
Quadro 22 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Desinvestimento Comportamental.....	69
Quadro 23 – Teste da ANOVA Univariada para Expressão de Sentimentos.....	70
Quadro 24 - Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Expressão de Sentimentos.....	70
Quadro 25 – Teste da ANOVA Univariada para Utilizar Suporte Instrumental.....	71
Quadro 26 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Utilizar Suporte Instrumental.....	71
Quadro 27 – Teste da ANOVA Univariada para Reinterpretação Positiva.....	72
Quadro 28 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Reinterpretação Positiva.....	72
Quadro 29 – Teste da ANOVA Univariada para Auto-Culpabilização.....	73
Quadro 30 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Auto-Culpabilização.....	73
Quadro 31 – Teste da ANOVA Univariada para Planear.....	74
Quadro 32 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Planear.....	74
Quadro 33 – Teste da ANOVA Univariada para Humor.....	75
Quadro 34 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Humor.....	75

Quadro 35 – Teste da ANOVA Univariada para Aceitação.....	76
Quadro 36 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Aceitação.....	76
Quadro 37 – Teste da ANOVA Univariada para Religião.....	77
Quadro 38 – Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Religião.....	77

Introdução

“Ter um filho é um dos acontecimentos mais desafiadores da vida, talvez o maior de todos” (Brazelton, 1994, p. 15).

Devido aos avanços tecnológicos e científicos que temos vindo a testemunhar, o risco de morbidade e mortalidade de crianças com período de gestação e peso cada vez mais baixos tem vindo a diminuir, o que faz com que este tema venha a ser objeto de vários estudos e investigações, principalmente acerca da qualidade de vida do prematuro e dos seus familiares, revelando a importância de que o trabalho das equipas multidisciplinares deve ter continuidade (Tronchin & Tsunehiro, 2005).

Os avanços dos cuidados neonatais têm sido bastante evidentes nas últimas décadas, tendo em conta que foram introduzidos recursos terapêuticos mais eficientes e mais modernos, bem como o aumento de recursos humanos especializados (Morais, Quirino, & Alemeida, 2009).

Por ser uma situação de crise, acarretando níveis de stress significativos, é importante perceber o modo como as mães (e também os pais) lidam com esta situação, ou seja, quais as estratégias de coping utilizadas (Hughes, McCollum, Sheftel, & Sanchez, 1994). Além disso, um acontecimento como este pode afetar negativamente a vinculação da mãe, o que pode prejudicar além da relação com o seu filho, a relação com quem a mãe convive (Evans, Whittingham, & Boyd, 2012).

Muitas das pesquisas acerca do impacto de um nascimento prematuro focam-se principalmente nas mães, de modo a se alcançar uma compreensão do ponto de vista do ciclo reprodutor (Botelho & Leal, 2007; Lau & Morse, 2003).

A maioria dos estudos relacionados com crianças (à exceção de Recém-Nascidos (RN)) prematuras foca-se na interação mãe-criança ou no desenvolvimento da criança (Klein & Linhares, 2006), negligenciando de certa forma o impacto, após alguns anos, deste acontecimento nas mães. Nesse sentido, este estudo pretende laquear um pouco as lacunas da

investigação nesta área das mães de crianças prematuras em idade pré-escolar, tentando contribuir para o avanço da investigação científica.

Desta forma, desenvolveu-se este estudo junto de 45 mães de crianças prematuras, no Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto, e como grupo de controlo reuniu-se 45 mães de crianças de termo do Agrupamento de Escolas de S. João da Madeira.

Este estudo teve como objetivos caracterizar sócio-demograficamente a amostra de mães de crianças prematuras em idade pré-escolar e obter dados clínicos em relação ao nascimento das crianças; explorar os estilos de vinculação das mães de crianças prematuras comparando com mães de crianças de termo; explorar as estratégias de coping das mães de crianças prematuras em comparação com mães de crianças de termo; verificar a existência/inexistência de relações entre estilos de vinculação e as estratégias de coping de mães de crianças prematuras comparando com mães de crianças de termo, ou seja, quais as estratégias de coping mais usadas para cada estilo de vinculação em ambas as amostras. Para tal, desenvolveu-se um questionário sócio-demográfico e clínico para o efeito, a Escala de Vinculação do Adulto (EVA) e o Brief COPE.

Por último, quanto à estrutura do estudo, este apresenta duas partes, sendo que a Parte I engloba o Enquadramento Teórico e a Parte II o Estudo Empírico. Dentro da Parte I, o Capítulo I aborda questões relativas à Maternidade em geral, o Capítulo II refere-se à Prematuridade, nomeadamente a sua definição, que fatores a podem influenciar, o luto/choque perante um nascimento prematuro, os sentimentos e reações das mães de crianças prematuras, o cuidar de um bebé prematuro e algumas abordagens sobre o desenvolvimento destas crianças. O Capítulo III refere-se à vinculação e a vinculação em mães de crianças prematuras, enquanto que o Capítulo IV se refere às estratégias de coping, as estratégias de coping nestas mães e a associação entre vinculação e estratégias de coping. A Parte II engloba aspectos metodológicos da investigação, os resultados e a discussão dos mesmos,

confrontando com a literatura consultada, serão ainda dadas algumas indicações para estudos futuros, bem como algumas limitações deste mesmo estudo.

Parte I

Enquadramento Teórico

Capítulo I

1. Maternidade

Parentalidade pode ser definida como um processo onde estão englobadas todas as atividades que são desenvolvidas para ajudar na sobrevivência e no desenvolvimento das crianças, atuando na saúde física, no desenvolvimento intelectual e educação, comportamento social e saúde mental (Hoghughi, 2004). Para os pais, a transição para a parentalidade também requer mudanças ao nível cognitivo, afetivo e comportamental (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2007). É um processo que se constrói desde que se idealiza um filho. Parentalidade requer e exige entrega, partilha, um espaço físico e emocional para o qual nem sempre os pais estão preparados. É deste modo um fenómeno psicológico, social e também cultural.

Mais especificamente a experiência da maternidade e a gravidez é influenciada pela forma como a cultura e a sociedade a percebem (Canavarro, 2001). Alguns autores defendem que o desejo de maternidade não é instintivo nem inato, é um processo que vai sendo desenvolvido, não ocorrendo nem em todas as mulheres nem em todas as fases das suas vidas (Sereno, Leal, & Maroco, 2009). No entanto, o desenvolvimento da constituição da maternidade pode iniciar-se nas primeiras identificações da mulher com o processo de maternidade, através das representações lúdicas da infância, passando pela adolescência e pelo desejo de ter um filho, até chegar à concepção e consequente gravidez (Piccinini, Gomes, Nardi, & Lopes, 2008).

Entre a concepção e o parto há um processo que dura aproximadamente quarenta semanas (nove meses), processo este no qual se inicia uma relação com um novo ser que virá fazer parte de um processo complexo, mágico e que acompanhará doravante a mãe: o processo de maternidade. Sendo esta vista como um processo dinâmico, ultrapassa as alterações físicas e hormonais a que o corpo da mãe está sujeito (Canavarro, 2001; Pedespan, 2004).

A gravidez permite uma preparação para a maternidade, onde a vida da mulher é reestruturada, visto que esta sofre algumas modificações e adaptações quer relacionais, quer nos papeis que exerce, pois a futura mãe ensaia cognitivamente papeis e tarefas maternas, ligando-se afetivamente à criança, iniciando o processo de reestruturação de relações para incluir a criança, incorporando a existência do filho na sua identidade, aprendendo a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria (Canavarro, 2001; Figueiredo, 2001; Piccinini et al., 2008). Perante a gravidez, as mulheres podem experienciar sentimentos como desamparo, ansiedade e antecipação, podendo parecer tanto deprimidas como sonhadoras e distantes (Brazelton, 1994).

Estes sentimentos e emoções ambíguas poderão dever-se ao facto de como referem Canavarro e Pedrosa (2005), bem como Mendes (2002) e também Vasconcelos e Petean (2009), durante o período da gravidez ocorrem várias alterações ao nível biológico, somático, psicológico e social na gestante. O modo como a futura mãe vivencia as referidas mudanças vai influenciar a relação mãe-bebé (Piccinini et al., 2008). As modificações que ocorrem no organismo da gestante têm como função facilitar o crescimento e o desenvolvimento do embrião ou feto e assegurar o bem-estar materno (Mendes, 2002). Apesar disso, todas as modificações físicas que advêm da gravidez podem trazer sentimentos de variadas naturezas que repercutem na forma como a mãe experiencia a gravidez, pois a mulher questiona-se acerca de como será a sua personalidade após a gravidez (Cotralha, 2007; Piccinini et al., 2008). Muitas vezes, a mulher pode vir a sentir-se mais vulnerável e mais instável emocionalmente, que pode ser decorrente de alterações hormonais que surgem com a gravidez, bem como de todas as adaptações já mencionadas (Cotralha, 2007; Figueiredo, 2001). Apesar disso, estudos revelam que a gravidez pode fazer aumentar a sintomatologia psicopatológica, nomeadamente os níveis de ansiedade e depressão (Conde & Figueiredo, 2003).

A primeira tarefa adaptativa da mulher grávida, cinge-se ao facto da mulher aceitar que no seu corpo está o corpo do seu filho, corpo este que se transformará numa parte de si própria, no entanto, nos últimos meses de gestação, a mulher deve ser capaz de elaborar a separação psicológica do seu filho, pois aquando o nascimento, o bebé imaginário será substituído pelo bebé real (Cotralha, 2007).

As adaptações a que a mulher está sujeita dependem da personalidade da mulher, das suas experiências de vida, do meio que a circunda e da qualidade dos relacionamentos com os seus progenitores e com o pai da criança (Cotralha, 2007). No primeiro trimestre a mulher pode sentir-se ambivalente perante a gravidez, ou seja, por um lado existe o receio da gravidez e por outro o desejo da mesma, o que pode fazer com que surjam emoções contraditórias como alegria e apreensão ou ansiedade (Mendes, 2002). Apesar de as modificações corporais neste trimestre ainda não serem visíveis, começa a alterar-se a percepção do seu corpo, pois a imagem corporal pode vir a sofrer alterações na vida psicológica interna (Cotralha, 2007). A grávida começa também a manifestar algumas preocupações com o seu corpo, equacionando quais as modificações que vão ocorrer na sua imagem corporal e quais as suas capacidades para retomar a aparência física anterior (Reeder, Martin & Koniak, 1995, cit in, Mendes, 2002). No entanto esta ambivalência geralmente é ultrapassada pelo apoio e aceitação da gravidez pela família próxima e mesmo pela confirmação definitiva da gravidez (Mendes, 2002). Todo este processo é fundamental para o desenvolvimento da relação com o bebé (Colman & Colman, 1994, cit in, Mendes, 2002). Verificam-se também modificações ao nível da alimentação e do comportamento alimentar, visto que a grávida passa a desejar ingerir alimentos inesperados bem como um aumento do apetite (Cotralha, 2007).

O segundo trimestre é marcado por uma etapa adaptativa e pela presença efetiva do feto, marcada pelos movimentos do mesmo, que evidencia a existência real do bebé, dando lugar a um processo de diferenciação psicológica entre a mãe e o feto (Cotralha, 2007; Mendes, 2002). É neste período que se inicia a comunicação verbal e tátil (afagar a barriga, por

exemplo) da grávida para com o feto, indicando que o processo de familiarização está a acontecer (Cotralha, 2007; Mendes, 2002). Neste trimestre, são realizadas ecografias que permitem que a mãe tenha uma representação do seu filho, o que faz com que esta representação não seja apenas imaginária, permitindo também a inclusão do feto numa relação, à partida, de três elementos, o pai, a mãe e o próprio feto (Cotralha, 2007). Pode também surgir um comportamento alimentar desregrado, visto que, como geralmente as dificuldades gástricas (como os vômitos ou as náuseas) desaparecem, a mulher pode vir a ingerir excessivamente alguns alimentos, podendo ainda surgir perturbações como obstipações ou diarreia (Cotralha, 2007). Por tudo isto, é também nesta fase que surgem dúvidas da futura mãe acerca das suas competências como cuidadora e permite ainda um restauração dos papéis que a futura mãe ocupou e irá ocupar na sua família (Brazelton, 1994; Cotralha, 2007; Mendes, 2002).

O terceiro e último trimestre é considerado o período de preparação para a separação (Mendes, 2002). Colman e Colman (Aldwin, 1994) defendem que as mudanças orgânicas, como por exemplo, a dilatação do abdómen causa uma sensação de desconforto, pois a grávida começa a sentir algumas limitações nas suas rotinas habituais, havendo uma diminuição da agilidade e da flexibilidade, pressão no estômago, diafragma, costelas e bexiga (Cotralha, 2007). Geralmente, o nível de ansiedade aumenta com a proximidade do parto e com a possível mudança de estilo de vida com o nascimento da criança (Mendes, 2002). Este período é novamente marcado por sentimentos de ambivalência, visto que, por um lado, a futura mãe tem vontade de ter o filho e terminar a gravidez, mas, por outro lado, há o desejo de prolongar a mesma, acompanhado de sentimentos de orgulho e realização pessoal ou ansiedade e receio relativamente ao parto (Cotralha, 2007; Mendes, 2002). Segundo Deutsch (1945), a grávida pode também vivenciar de forma inconsciente um sentimento de perda do bebé, pois apresenta medo da separação, mas vai reelaborar esse medo, porque vai conhecer o

bebê real (Cotralha, 2007). Por todos estes aspectos, o final da gravidez deve ser vivido, tanto quanto possível, de uma forma tranquilizadora.

Após o nascimento, Rubin (1984) descreve quatro principais tarefas maternas, são elas: procurar uma “passagem segura” para ela própria e para o bebê para o trabalho de parto e para o parto; assegurar a aceitação social da criança que está a ser gerada; iniciar a sua ligação com o bebê; e, aprender a dar de si em benefício do outro (Mendes, 2002). Já para Canavarro (2001), a gravidez e a maternidade exigem reorganizações e reestruturações, implicando a vivência das seguintes etapas: 1º aceitação da gravidez; 2º aceitação da realidade do feto; 3º reavaliação e reestruturação da relação com os pais; 4º reavaliação e reestruturação da relação com o companheiro; 5º aceitação do feto enquanto ser individual; e, 6º reavaliação e reestruturação da própria identidade da mulher.

O nascimento de uma criança também desperta quase sempre sentimentos ambíguos para os pais, por um lado, a alegria de receber o bebê desejado e, por outro lado, o medo do parto e a expectativa de poder visualizar o bebê desejado, acompanhado de ansiedade de não poder desempenhar o papel de mãe ou pai de forma adequada (Bárcia & Sá, 2007). Apesar disso, o nascimento de um bebê é dos acontecimentos mais esperados pelas futuras mães, visto que pode ajudar ao processo de maturidade das mesmas (Sales et al., 2005).

Um dos processos mais importantes relacionados com a gravidez é o desenvolvimento da ligação entre a mãe e o bebê (Mendes, 2002).

A relação mãe-criança vai-se construindo ao longo da gravidez com base em representações cognitivas maternas, onde o “bebê imaginário” desempenha um papel determinante na construção dessa relação (Mendes, 2002). Esta idealização do “bebê imaginário” torna-se mais sólida principalmente a partir do segundo trimestre de gestação e a representação cognitiva será facilitada e enriquecida quando há uma partilha com o pai da criança (Mendes, 2002). A expressão destas mesmas representações depende de fatores como a personalidade, a maneira como a mulher se adapta à situação da gravidez, a imagem interiorizada da sua mãe e

de si própria como mãe e como “mãe ideal”, as expectativas que foi idealizando durante a sua vida no seu contexto familiar e meio social (Mendes, 2002).

As primeiras relações que os bebés estabelecem são elaboradas com as mães, sendo através do rosto, da voz, corpo e mãos destas que os bebés começam a conhecer o mundo, por isso desenvolve-se um forte vínculo com as mesmas (Brum & Schermann, 2004; Stern, 1980). É no decorrer destes atos das mães que chega ao bebé os princípios da comunicação e das ligações humanas (Stern, 1980).

O tipo de parto também influencia a relação mãe-bebé. Um parto por cesariana pode interferir no processo de vinculação e na qualidade da relação estabelecida, pois as mães não cuidam, tratam e tocam do bebé, ou seja, não prestam cuidados, no período imediatamente ao parto (Feldman, Weller, Leckman, Kuint, & Eidelman, 1999; Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002). Acrescenta-se ainda que quanto mais difícil é a experiência de parto, mais difícil é o estabelecimento de uma relação adequada com o bebé (Figueiredo et al., 2002).

Nos primeiros meses de vida, o bebé explora o mundo que o rodeia através do toque, o que faz com que leve à boca tudo o que o rodeia, por isso o toque dos pais dá conforto e autoestima levando à criação de um vínculo com o bebé, estimulando o seu desenvolvimento emocional e intelectual (Bárcia & Sá, 2007). O toque e mesmo a massagem infantil, permite uma maior proximidade entre os pais e o bebé, pois é possível criar um forte vínculo através do contacto visual, do contacto com a pele e da vocalização, estabelecendo deste modo, uma comunicação entre os pais e o bebé (Bárcia & Sá, 2007). O contacto físico, pode ser mais importante do que, por exemplo, o alimento, no que diz respeito ao desenvolvimento afetivo, tal como foi provado nos estudos de Harlow, onde os macacos *Rhesus* ao serem confrontados com objetos metálicos (que funcionavam como substitutos das mães) preferiam os que eram revestidos de modo a lhes darem conforto e calor do que os que lhes davam alimentos (Bárcia & Sá, 2007).

Apesar de tudo isto, por vezes o nascimento de uma criança e a gestação decorre com intercorrências ou problemas, por vezes inesperados, como por exemplo, o facto de a criança nascer prematura.

Capítulo II

2. Prematuridade

Nas últimas décadas a psicologia tem vindo a estudar cada vez mais os mecanismos implicados na origem da prematuridade, ou o que pode propiciar este acontecimento de vida (Botelho & Leal, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são considerados bebés prematuros, ou de pré-termo, bebés nascidos antes da trigésima sétima semana de gestação, bebés de termo nascem com uma idade gestacional entre as 38 e as 42 semanas e, por fim, os bebés de pós-termo nascem com idades gestacional superior a 42 semanas (Brum & Schermann, 2004; McCormick, Lott, Smith, & Zupanic, 2011; Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Szijarto et al., 2009). A sobrevivência abaixo de 500 gramas e 23 semanas de gestação é muito rara, segundo McCormick (1992) (Brum & Schermann, 2004). Devido à prematuridade ou ao tamanho reduzido, os bebés podem ter um baixo peso à nascença, ou seja, pesam menos de 2500 gramas e muito baixo peso à nascença quando pesam menos de 1500 gramas (Papalia et al., 2001). Entre os nascimentos prematuros, são designados pelo menos três níveis de risco, menos de 25 semanas de gestação corresponde a crianças nos limites de viabilidade, entre 26 e 33 semanas de gestação (prematuro moderado) que necessitam de cuidados intensivos neonatais para sobreviver e entre as 34 e as 36 semanas (prematuro tardio) que necessitam de menos cuidados para sobreviver (McCormick et al., 2011). As crianças prematuras moderadas e tardias constituem a maioria dos nascimentos prematuros, constituindo um interesse de saúde pública, visto que as taxas de mortalidade têm vindo a diminuir mas os custos dos cuidados médicos tem vindo a aumentar (Evans et al., 2012; McCormick et al., 2011).

No entanto, como os bebês prematuros têm tendência a nascer com baixo peso à nascença, comparando com crianças de termo, podem por isso sofrer algumas consequências derivadas da prematuridade e do baixo peso, tais como, maior vulnerabilidade às infecções, dificuldades respiratórias, dificuldades de sucção e maior probabilidade de problemas neurológicos (Papalia et al., 2001). Apesar de tudo muitos destes bebês desenvolvem-se adequadamente, principalmente devido ao acompanhamento que têm (Papalia et al., 2001). Em muitos casos existe o risco de morbidade ou mortalidade, quer perinatal, neonatal ou infantil, principalmente quanto menor for o tempo de gestação e o peso no nascimento, devido às dificuldades de adaptação à vida extra-uterina, pois muitos dos órgãos podem ainda não estar totalmente formados, havendo um desenvolvimento fetal e grau de imaturidade menores (McCormick et al., 2011; Scochi et al., 2003). No entanto, esse risco de morbidade ou mortalidade tem vindo a diminuir ao longo do tempo, principalmente devido aos avanços da tecnologia e maior acesso a informações científicas acerca de cuidados necessários com bebês prematuros e/ou de muito baixo peso à nascença (cuidados neonatais), o que tem feito com que a qualidade de sobrevivência (ou seja, uma maior qualidade de vida para os bebês sobreviventes) também tenha vindo a aumentar (Brum & Schermann, 2004; Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet, & Muller-Nix, 2011; McCormick et al., 2011; Pedespan, 2004; Szijarto et al., 2009).

O risco de prematuridade aumenta em gestantes adolescentes e em mulheres com mais de 35 anos de idade (McCormick et al., 2011). O risco mais elevado em mulheres mais velhas (visto que adiaram a possibilidade de ter um filho) deve-se ao possível uso de técnicas assistidas de fertilização, o que também aumenta a incidência de nascimentos múltiplos, que têm tendência a nascerem prematuros (McCormick et al., 2011). Ocorre em todas as classes sociais e em todos os meios (Ramos & Cuman, 2009).

A prematuridade tem vindo a aumentar nos últimos anos, causa do modo de vida das sociedades e, paradoxalmente, com o avanço da medicina pois os Métodos de Reprodução

Medicamente Assistida, levaram a um aumento dos nascimentos múltiplos e ao aumento de crianças com sequelas neurológicas (Martinet, 2008; Nicolaou, Rosewell, Marlow, & Glazebrook, 2009; Ramos & Cuman, 2009). A prematuridade pode ainda ser resultado de uma decisão médica, caso o feto ou a gestante corram perigo de vida, ou seja, quando surgem intercorrências na gestação que possam vir a prejudicar a mãe ou o feto (Bloch, Lequien, & Provasi, 2003; Martinet, 2008; Ramos & Cuman, 2009).

Em 2003, segundo as estatísticas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o nascimento de crianças prematuras foi de 5,9 em cada 100 nascimentos em Portugal, número este que aumentou em 2009, passando para 8,8 em cada 100 nascimentos, segundo informações prestadas pela Maternidade Alfredo da Costa (Martinet, 2008). O acontecimento do parto prematuro ameaça cerca de aproximadamente 15 a 20% das gravidezes, constituindo-se por isso um problema de saúde pública (Forcada-Guex et al., 2011; Martinet, 2008). No entanto, estima-se que 5 a 10% dos nascimentos em países desenvolvidos sejam prematuros, ou seja, prevê-se o nascimento de 13 milhões de crianças prematuras por ano (Gill, 2007; Ramos & Cuman, 2009).

Quando a ameaça de um parto prematuro é evidente, a gestante deve ser hospitalizada, particularmente nos seguintes casos: rutura prematura das membranas com rebentamento da bolsa amniótica; hemorragia genital; e, contrações intensas e próximas entre elas (Martinet, 2008).

A prevenção do nascimento de crianças prematuras, envolve a diminuição dos nascimentos múltiplos decorrentes das técnicas de Reprodução Medicamente Assistida, melhorar o rigor da estimativa da idade gestacional para reduzir o número de crianças prematuras nascidas por causa de datas mal calculadas (McCormick et al., 2011). Para a prevenção pode ser importante conhecer alguns dos fatores que podem influenciar este acontecimento.

Em Portugal, particularmente no Porto, a primeira unidade de Neonatologia foi criada na Maternidade Júlio Dinis e apenas na década de 80 a mesma unidade, mas no Hospital de S.

João, foi equipada com o material necessário para a prestação de cuidados intensivos neonatais (Gonçalves, 2003).

2.1 Fatores que podem influenciar a prematuridade

Papalia et al. (2001) identificam alguns fatores que aparentam relação com a prematuridade, são eles: fatores demográficos; problemas de saúde das mães anteriores à gravidez; fatores médicos associados à gravidez atual; fatores ambientais e comportamentos pré-natais.

Algumas abordagens acerca da vivência psicológica da mãe prematura observam que estas mulheres podem revelar historial de morte precoce da mãe, má aceitação da puberdade, existência de problemas ginecológicos na adolescência, podem ainda ser psicologicamente mais imaturas e vulneráveis, assumindo que a gravidez é incompatível com a sua vida profissional (Botelho & Leal, 2007).

No que diz respeito à gravidez, podem ter atitudes negativas face à gravidez e dúvidas perante o desejo de ter o bebé, podendo inconscientemente rejeitar a presente gravidez (Botelho & Leal, 2007). Poderão investir pouco na gravidez, apresentando-se apreensivas perante o parto, o nascimento e a vida futura com a criança (Botelho & Leal, 2007).

As causas que podem levar a um parto prematuro podem ser: riscos obstétricos, como gravidez múltipla (o risco de prematuridade é 10 vezes mais elevado); anomalias na placenta; excesso de líquido amniótico; malformações uterinas; e, aberturas cérvico-istímicais (Martinet, 2008; Ramos & Cuman, 2009). Fatores ligados ao estado da mãe, como antecedentes de partos prematuros, antecedentes de aborto no segundo trimestre de gestação; infeções urinárias ou causas fetais, tais como, malformações cromossómicas ou outras malformações congénitas (Martinet, 2008). Outros estudos indicam que a rutura prematura das membranas é a causa de 30 a 40% dos partos prematuros (Gomes, Sousa, Mamede, & Mamede, 2010).

São factores socioeconómicos e demográficos, nomeadamente a insuficiência de cuidados pré-natais; baixo nível sócio-económico (Papiernik, 1995); idade da mãe inferior a 18 anos ou

superior a 35; primeiro filho (primiparidade), ou a partir do sexto filho; isolamento ou desespero; más condições de trabalho e de transporte; toxicomania; e, tabaco (Martinet, 2008; McCormick et al., 2011; Ramos & Cuman, 2009).

Em 40 a 50% dos prematuros não se encontra nenhum fator médico, socioeconómico ou demográfico (Martinet, 2008). Deste modo, foram descritos alguns fatores psicológicos (Dayan, 1999, cit in, Martinet, 2008):

- Stress – existe uma ligação entre a prematuridade e situações ou acontecimentos de vida stressantes na perceção da gestante.
- Ansiedade – mulheres ansiosas em relação à sua gestação podem ter um risco mais elevado de ter um parto prematuro.
- Depressão antenatal – associado a comportamentos de risco, como uso de drogas e álcool.
- Atitudes face à gestação (Mamelle, 1999, cit in, Martinet, 2008) – dificuldade na vivência da modificação da imagem corporal; medo de não serem boas mães; comportamentos apressados no dia-a-dia necessitando de controlar a vinda de novos acontecimentos; dar pouca importância ao pai; laços de filiação e de identificação parental fracos; exagero das superstições; sentimento que a sociedade tem a cargo a sua gestação e não as próprias.

Quanto a outras possíveis hipóteses explicativas da ocorrência de um parto prematuro, podem-se destacar o conflito acerca do desejo da criança, a dependência ou relação conflituosa com a própria mãe, luto durante a gravidez, conflitos entre o desejo da criança e os interesses profissionais e pouco investimento na gravidez e no feto (Dayan, 1999, cit in, Martinet, 2008). Além de todos estes fatores, alguns estudos revelam que estas mulheres quando grávidas revelam maiores dificuldades de introspeção e de descrição de sentimentos (Mendonça, Sousa, & Magalhães, 2003).

Apesar dos fatores que influenciam este acontecimento serem variados, uma situação de prematuridade é sempre um choque para os pais e para os familiares.

2.2 Bebê esperado e o bebê real: O choque e o luto

Vários autores consideram fundamental que a mãe construa durante a gestação o bebê imaginado, para que a mãe perceba que o bebê vai ocupar um lugar na sua vida real (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007). Quando o bebê nasce a mãe faz algumas reestruturações de acordo com o bebê real, o que é fundamental para a interação mãe-bebê (Ferrari et al., 2007). A idealização do bebê imaginário parte de características relacionadas com os pais ou algum parente próximo, havendo a necessidade de inserir o bebê numa linhagem da qual os pais também fazem parte (Piccinini, Ferrari, Levandowski, Lopes, & Nardi, 2003).

Ter um filho perfeito é o desejo de todas as famílias pois durante a gestação as mães alimentam a fantasia do bebê perfeito, além de que é um evento socialmente esperado, constituindo-se assim a imagem do bebê esperado, que é destruída quando decorre algum problema com o bebê (Fraga & Pedro, 2004; Vasconcelos & Petean, 2009). Ainda assim, para a família, ter um filho mesmo que este tenha nascido prematuro, constitui-se como a realização de um sonho (Costa, Ribeiro, Borba, & Balieiro, 2009). Mas o nascimento de um filho prematuro pode despertar na mãe sentimentos de incompetência e frustração pois não nasceu o bebê sonhado e esperado durante toda a gestação, não sendo deste modo o sonho realizado, além disso a parentalidade chega mais cedo do que o esperado o que faz com que as mães relatem experiências de alienação, não se sentindo preparadas para tal (Gaíva & Ferriani, 2001; Jackson, Ternstedt, & Schollin, 2003; Sales et al., 2005; Taubman-Ben-Ari, Findler, & Kuint, 2010). As mães têm um sentimento de perda por não terem tido uma gravidez e alta hospitalar, bem como sentimentos de culpa por este acontecimento lhes ter acontecido a elas (Jackson et al., 2003).

O primeiro contacto dos pais com o bebé num Serviço de Neonatologia, desencadeia muitas vezes uma reacção de choque e um estado de incredulidade (Tronchin & Tsunehiro, 2005). Por isso, o processo de luto perante um parto prematuro é inevitável (Brazelton, 1994). O parto antecipado significa o fim da idealização de ter um filho de termo, uma gestação sem intercorrências, uma vez que houve interferências no decurso normal da gravidez, que desencadeou na hospitalização, onde muitas vezes o parto prematuro é uma solução para tentar garantir a vida do bebé, o que faz com que os aspetos que antecedem o parto sejam vistos como marcantes (Tronchin & Tsunehiro, 2005). Durante a gravidez, a mãe vai criando um vínculo com o bebé e perante um nascimento prematuro o sonho de sair do hospital com o bebé nos braços desvanece-se (Sales et al., 2005). Portanto, diante do nascimento prematuro de um filho, os pais perdem a euforia inicial e ficam preocupados, agitados, desorganizados, ansiosos e cansados, tendo dificuldades em responder adequadamente à situação, pois há a perda do bebé esperado e idealizado, lamentando o facto de terem dado vida a um bebé prematuro, o que também acarreta sentimentos de culpa, quer consciente, quer inconscientemente (Brazelton, 1994). Todos estes factos traduzem uma maior dificuldade dos pais manterem um vínculo com o seu bebé. Este processo de luto, muitas vezes acompanhado de depressão materna, pode prejudicar os cuidados maternos prestados ao bebé bem como o relacionamento entre ambos, havendo ainda o risco de haver dificuldades no desenvolvimento emocional (Brum & Schermann, 2004).

Quanto mais tempo e apoio os pais tiverem para realizar o processo de luto, mais estarão preparados para a alta hospitalar da criança prematura, visto que é uma situação que acarreta variados sentimentos nas mães (Brazelton, 1994).

2.3 Prematuridade: Que efeitos nas mães?

O nascimento de uma criança prematura é um acontecimento stressante, levando a vários sentimentos e reações, como ansiedade, choque, preocupação, medo, auto-culpabilização, desamparo, fonte de stress agudo, pois sofrem um choque emocional que poderá vir a influenciar a relação das mães com os seus bebés, havendo antes disso o medo da possibilidade do bebé falecer por isso a mãe tem medo de se vincular ao RN, o que implica também que não haja o entusiasmo inicial da maternidade, podendo também estar presentes sintomas de depressão (Barros & Trindade, 2007; Evans et al., 2012; Forcada-Guex et al., 2011; Fraga & Pedro, 2004; Jackson et al., 2003; Lee, Norr, & Oh, 2005; Pedespan, 2004; Pinto, Padovani, & Linhares, 2009; Sales et al., 2005; Viana, Maia, Ramos, Mendes, & Guimarães, 2005). As experiências de auto-culpabilização derivam de as mães acreditarem que fizeram algo negativo que tenha levado ao parto prematuro (Lee et al., 2005).

Esta experiência tem vindo a ser apontada como um stressor ao equilíbrio emocional materno, visto que após o nascimento da criança e durante o seu internamento, as mães experienciam sintomas de depressão e ansiedade, que se espera que diminuam pelo menos até ao final do primeiro ano de vida da criança (Baião, 2009; Fraga, Linhares, Carvalho, & Martinez, 2008). Muitas vezes, como já foi referido, o nascimento de uma criança prematura provoca desalento, levando a sentimentos de culpa por parte da mãe (e também do pai por não poder fazer mais pelo bem-estar do bebé), tornando-se uma situação geradora de sofrimento (Fraga & Pedro, 2004; Tronchin & Tsunehiro, 2005).

A prematuridade pode evocar nas mães níveis de *distress* emocional consideráveis, o que faz com que o ajustamento emocional das mães esteja comprometido, constituindo-se como uma situação de trauma para as mães, podendo estas ter sintomas de Stress Pós-Traumático, apresentando também maiores níveis de stress comparando com mães de crianças de termo e do que os próprios pais das crianças prematuras, mesmo passados 18 meses após o

nascimento (Aagaard & Hall, 2008; Davis, Edwards, Mohay, & Wollin, 2003; Gill, 2007; Madu & Roos, 2006; Szijarto et al., 2009).

As mães sentem que falharam, sentem como se fossem incapazes de assumir a sua função social quer como mãe, mulher, esposa e filha, bem como uma decepção de não terem finalizado a experiência da gestação (Pedespan, 2004).

Este acontecimento pode ser indicado como uma situação de “crise” para os pais da criança e nomeadamente para a mãe (Madu & Roos, 2006; Viana et al., 2005). Este processo de “crise” envolve três dimensões: o acontecimento precipitante, neste caso o nascimento do filho prematuro; a perceção de que este acontecimento provoca ansiedade; e, o insucesso dos recursos e mecanismos de confronto de modo a que a mãe funcione de uma forma menos adequada no ponto de vista emocional, psicológico e comportamental (Viana et al., 2005).

Os níveis de stress apresentados decorrentes da situação, são mais suscetíveis de diminuir os níveis de responsividade materna, ou seja, o stress pode afetar negativamente a responsividade materna (Amankwaa, Pickler, & Boonmee, 2007). Um parto prematuro pode ter um impacto negativo na referida responsividade materna, visto que, o comportamento de uma criança prematura pode ser menos perceptível, ou seja, difícil de compreender, mas relações satisfatórias com o pai da criança e expectativas positivas pré-natais favorecem essa responsividade, podendo ainda experienciar perda de autonomia por não poderem cuidar sozinhas dos seus RN (Evans et al., 2012; Gill, 2007).

O ingresso da criança numa unidade de cuidados intensivos neonatais e as condições médicas da criança podem impor a separação dos pais à nascença (Evans et al., 2011). Durante o internamento, muitas vezes, as mães sentem-se frustradas por não poderem cuidar inteiramente, pegar ao colo ou embalar os seus bebés, ou então podem ter medo de o fazer, devido ao sentimento de baixa auto-eficácia para cuidar do seu filho, não estando deste modo a vivenciar os primeiros momentos da vida dos seus filhos, o que as leva a questionar o porquê desta situação lhes ter acontecido (Sales et al., 2005; Scochi et al., 2003). Por isso, a

equipa médica deve dar todas as informações acerca do estado de saúde do bebé prematuro, para que a mãe inicie o processo de vinculação (Brum & Schermann, 2004). Além disso, estudos revelam que à medida que o suporte da equipa de enfermagem (já que são os enfermeiros que estão mais tempo com os pais) diminui, os sintomas depressivos da mãe aumentam, visto que o esclarecimento de dúvidas e informações acerca do bebé ajudam a contrariar crenças e medos desajustados (Davis et al., 2003; Viana et al., 2005). Além do suporte da equipa de enfermagem, mães que têm apoio psicológico revelam-se mais autoconfiantes, menos preocupadas, identificam mais recursos de apoio, percepcionando o estado dos filhos como menos negativo, diminuindo a necessidade de no futuro haver recurso a serviços de saúde, havendo também benefícios em contactar com outras mães que estejam na mesma situação, o que também traz inúmeras vantagens (Viana et al., 2005).

As maiores dificuldades evocadas pelos pais são a separação do RN, o desgaste físico e psicológico decorrente da gravidade da situação, bem como gerir as suas emoções e as do/a companheiro/a e lidar com o ambiente e os procedimentos hospitalares, o que se traduz em preocupações com o estado de saúde do bebé (Diaz, Caires, & Correia, 2012). No entanto, alguns estudos apontam para que algumas mães perspetivem melhorias no estado de saúde dos filhos, mostrando-se assim, de algum modo, otimistas (Pinto et al., 2009).

As principais conclusões dos estudos de Lau e Morse (2003) indicam que em diferentes tempos de vida do bebé prematuro as mães experienciam diversos sentimentos, como por exemplo, 24 horas depois de a mãe visitar o seu bebé na Unidade, estas apresentam níveis elevados de stress caracterizados por humor negativo e menor satisfação na relação com os parceiros, mostrando-se também mais ansiosas. Dezasseis dias após estarem em casa com o bebé, as mães mostram-se com níveis mais altos de raiva. Concluiu-se que as mães pré-termo são mais ansiosas e stressadas nos primeiros dias e a ansiedade e stress reduz com o tempo. Com o passar do tempo, mães de termo e mães de pré-termo acabam por obter valores

similares no que diz respeito à ansiedade, raiva, stress, suporte social e qualidade de relacionamento (Lau & Morse, 2003).

Através de um estudo elaborado por Dayan (1999), constatou-se que as mães de crianças prematuras revelam traços de personalidade, tais como: imaturidade, dependência, preocupações narcísicas em relação à imagem corporal, conflitos não resolvidos relacionados com a heterossexualidade e maternidade relacionando com uma figura materna excepcional e dominante e uma figura paterna mais dissipada (Martinet, 2008). Poder-se-á também encontrar nestas mães, ausência do apoio do companheiro, rejeição (consciente ou não) da gravidez; ou, ausência do desejo da criança (Martinet, 2008).

Estas mães têm maior probabilidade de experienciar níveis de stress significativos, como já foi referido, tal como têm vindo a revelar alguns estudos como os de Thompson, Oehler e Catlett (1993) (Davis et al., 2003). Algumas das fontes de stress destas mães advém, além da separação, da aparência frágil e doente da criança, medo de a criança não sobreviver devido ao seu estado de saúde, alteração da perceção do seu papel como mãe e a separação do bebé, o que faz com que a interação esteja comprometida, decorrente da sua hospitalização, o que pode fazer com que sejam relatados sintomas depressivos (Davis et al., 2003; Evans et al., 2011; Nicolaou et al., 2009). Durante o internamento o que influencia o estado emocional dos pais é a perceção da fragilidade e vulnerabilidade do RN (Veiga & Simões, 2012).

A mãe da criança também poderá ter que lidar com algumas consequências psicológicas, sendo que estas podem ser de quatro ordens. Inicialmente a rutura da relação estabelecida *in útero*, visto que a mãe e a criança são privadas de interações gratificantes e tranquilizantes seguidas ao nascimento, pelo que as mães podem sentir-se frustradas e apresentarem sentimentos de vergonha narcísica por se sentirem culpadas (Martinet, 2008). Há também desespero por parte da mãe levando a reações emotivas intensas (Martinet, 2008). A prematuridade leva ainda a uma adaptação parental precoce ou uma adaptação parental tardia

que ocorre apenas quando os pais levam o bebê para casa, visto que o processo de ajustamento à parentalidade é interrompido (Madu & Roos, 2006; Martinet, 2008).

Podem revelar uma maior insatisfação com as suas vidas pessoais e sexuais e também com o seu corpo, sentindo-se menos apoiadas pelos seus companheiros, família e amigos, respondendo eventualmente a situações de stress com mecanismos de defesa obsessivos (Botelho & Leal, 2007).

As mães têm tendência a comparar o desenvolvimento dos seus bebês prematuros com outras crianças de termo e não em se centrarem nos progressos das crianças, o que provoca um aumento ainda maior da ansiedade (Brazelton, 1994). Revelam-se ainda menos coerentes e menos realistas quanto à segurança das suas crianças (Korja et al., 2009).

As famílias dos RN prematuros podem ser consideradas de risco, visto que apresentam dificuldades em cuidar dos filhos, o que prejudica a sua autoestima e a autoconfiança e porque há mudanças nos papéis familiares e nas relações (Madu & Roos, 2006; Scochi et al., 2003; Tronchin & Tsunehiro, 2005). Por isso, estas famílias devem ser identificadas e intervencionadas, para reduzir os seus níveis de stress e depressão, de forma a promover a estabilidade da família e conseqüentemente trazendo benefícios para o desenvolvimento da criança (Baião, 2009; Davis et al., 2003).

Quanto à educação, aparentemente, mães com menos formação têm mais tendência para apresentarem sintomas depressivos comparando com mães com um nível de formação mais elevado, pois podem ter menos recursos para questionarem as equipas médicas e menores capacidades de estabelecer padrões de comunicação eficazes com as mesmas (Davis et al., 2003).

Hughes et al. (1994) concluíram que o que provocava maiores níveis de stress nas mães era primeiramente a aparência e saúde do bebê bem como o decorrer da sua hospitalização; a separação da criança, que faz com que a mãe não se sinta verdadeiramente como mãe; a

comunicação e/ou ações da equipa médica; e, por último, as expectativas em relação à alta hospitalar.

Relativamente à Neonatologia em Portugal, um estudo feito no Hospital de S. João no Porto, onde se procura implementar a presença dos pais juntos dos seus bebés, disponibilizando recursos de apoio de forma a melhorar o estado emocional das mães e ajudar na adaptação ao internamento e aos procedimentos médicos e de enfermagem exercidos nos seus bebés. Esta equipa acredita que melhorando as competências de confronto das mães com o internamento dos seus filhos se influencie positivamente o estado de saúde dos mesmos. Neste serviço constituem-se grupos de mães de modo a proporcionar apoio psicológico às mesmas, onde as maiores preocupações que as mães apresentam é de que os filhos contraíam infeções que possam ser fatais, quais as implicações no desenvolvimento dos bebés e que as suas possíveis lesões provoquem alguma deficiência, algumas mães sabiam que os seus bebés teriam algum problema e não faziam nenhum investimento emocional (por exemplo, não preparavam o “enxoval” do bebé), algumas mães também expressavam opiniões negativas relativamente a algum elemento da equipa profissional, bem como elogiar as atitudes de outros elementos (Viana et al., 2005).

Por tudo isto, cuidar de uma criança prematura origina diversos cuidados.

2.4 Cuidar de um bebé prematuro

A vivência de ter um filho prematuro é um acontecimento stressante para os pais e um stressor adicional é o facto de a criança ser internada num Berçário de Cuidados Especiais, ou quando a criança necessita de cuidados intensivos e é internada numa Unidade Neonatal de Cuidados Intensivos (UNCI), pois a separação é inevitável (Fraga & Pedro, 2004; Gill, 2007; Lau & Morse, 2003). Este fator faz com que a família vivencie sentimentos de tristeza, angústia, apreensão, inquietação e medo pois é uma situação que se torna assustadora e desconhecida para a família e os pais ficam assustados e inseguros acerca da sobrevivência e

acerca do que podem fazer para melhorar a qualidade de vida destas crianças, sentindo-se desta forma incompletos e pouco preparados para esta situação, vendo a criança como um ser mais frágil e mais vulnerável do que uma criança de termo (Brum & Schermann, 2004; Costa et al., 2009; Morais et al., 2009). Estar neste novo meio, faz com que a mãe se sinta menos capaz de se envolver ativamente nos cuidados prestados ao bebê, sentindo-se frustrada (Nicolaou et al., 2009; Setúbal, 2009). Os pais destas crianças referem o internamento como uma experiência causadora de sofrimento, tristeza, medo, culpa (como se se sentissem responsáveis pelo sofrimento da criança), apesar disso com o decorrer do tempo, os pais vão aceitando o tratamento visualizando o Serviço como um símbolo de recuperação e esperança, vivenciando, deste modo, sentimentos ambíguos (Fraga & Pedro, 2004; Scochi et al., 2003; Tronchin & Tsunehiro, 2005).

No sentido de fortalecer a relação com o seu bebê, é importante que os pais aproveitem todas as oportunidades de tocar ou mexer no seu bebê enquanto este está na incubadora, pois é uma forma importante de os vínculos entre os pais e o bebê serem estabelecidos, mas é necessário ter em conta que, muitas vezes, a experiência de estar numa incubadora, a utilização de sondas e agulhas no bebê, pode fazer com que o toque seja experienciado como uma experiência negativa, pois pode lembrar acontecimentos relacionados com os objetos mencionados, por isso, o bebê precisará de tempo para poder associar o toque dos pais a uma experiência positiva e potenciadora de bem-estar (Bárcia & Sá, 2007). A separação decorrente da hospitalização é um acontecimento brusco para a mãe e o bebê interferindo na sua relação, podendo haver consequências no desenvolvimento da criança, nos sentimentos de competências maternas e na vinculação materna (Forcada-Guex et al., 2011; Pedespan, 2004; Sales et al., 2005).

Aquando a transferência do bebê para o berçário, os pais demonstram sentimentos de alívio pensando agora na recuperação do bebê e na maior disponibilidade para prestar cuidados ao bebê, apesar de muitas vezes haver medo, por parte dos pais, de recaídas (Tronchin &

Tsunechiro, 2005). O seguimento dos pais, por parte dos profissionais, durante o período de hospitalização, observando o contacto e a interação entre os pais e o bebé, especificamente, a forma como cuidam e aprendem a cuidar da criança, se identificam as suas necessidades é uma forma de suporte às necessidades da criança (Morais et al., 2009).

Durante o internamento da criança, é importante a presença de técnicos especializados e membros da família, para que os técnicos facilitem o contacto entre os pais e a criança (validando o modelo biopsicossocial), para que se crie o vínculo emocional entre a mãe e a criança, através dos cuidados prestados pela mãe para que esse cuidado e consequentemente a criação do vínculo, se mantenha também quando a criança tiver alta hospitalar, além disso convém que os pais visitem o espaço onde o seu RN ficará internado para que se possam familiarizar com o ambiente (Aagaard & Hall, 2008; Brazelton, 1994; Gill, 2007; Moraes et al., 2009). Todo este esforço por parte dos profissionais indica que os hospitais e nomeadamente os Serviços de Neonatologia têm vindo a ficar mais humanizados, visto que além deste contacto com os bebés ajudar no estabelecimento de vínculos, também ajuda a que os bebés tenham um desenvolvimento mais adequado, pois através do contacto dos pais com os bebés, estes poderão vir a encarar os bebés como cada vez menos vulneráveis e menos superprotegidos (visto que os pais estão a par das evoluções do seu bebé), o que fará com que a qualidade de vida das crianças aumente, bem como o desenvolvimento da autonomia dos mesmos (Aagaard & Hall, 2008; Brazelton, 1994; Setúbal, 2009).

No entanto, devido às vivências das mães nas Unidades Neonatais, estas vivem com alguma ansiedade a chegada do bebé a casa, pois têm medo que lhes aconteça alguma coisa, sentindo-se inseguras, o que pode até fazer com que as mães tenham medo até de dormir pois poderiam não se aperceber se o filho não estivesse bem (Costa et al., 2009).

No momento da alta hospitalar do bebé prematuro, é importante que a equipa profissional avalie as melhorias da criança e a estabilidade da família bem como as capacidades para cuidar da criança e ainda avaliar os serviços de suporte na comunidade onde a família reside,

para que os cuidados à criança sejam mantidos (Morais et al., 2009). Por seu lado, os pais mostram-se ansiosos, preocupados e assustados pois terão de cuidar do bebé sozinhos lidando com necessidades e cuidados extra, sentem-se inseguros quanto às suas habilidades para cuidar e interagir com a criança e as mães revelam que não se sentem completamente preparadas para levar os seus bebés para casa, tendo dúvidas em como brincar e interagir com a criança, quais os brinquedos adequados, quais os marcos desenvolvimentais e no que diferem de crianças de termo (Gill, 2007; Jackson et al., 2003; Nicolaou et al., 2009). No entanto, quatro ou seis semanas depois as mães já estão mais entusiasmadas com a maternidade e estão mais confiantes nos cuidados com as crianças (Lee et al., 2005).

Com a chegada do bebé a casa a família vive esse momento com alegria e felicidade para todos os elementos e em consequência disso, a mãe especialmente, sente-se recompensada por ter o seu filho perto de si, o que faz com que todas as vivências menos positivas sejam atenuadas, podendo deste modo, o vazio que havia devido à separação do seu bebé ser suprimido (Costa et al., 2009; Gill, 2007; Tronchin & Tsunehiro, 2005). Após superar as vivências que tiveram no hospital e a chegada a casa, a família passa a idealizar a futuro da criança, o que faz com que os aspetos menos positivos da prematuridade sejam atenuados (Costa et al., 2009). No entanto, nos primeiros anos de vida da criança, os pais têm tendência a protegê-la de forma por vezes exagerada, o que mais tarde poderá influenciar o seu desenvolvimento (Gaíva & Ferriani, 2001).

Segundo Gaíva e Ferriani (2001), o nascimento de um bebé prematuro pode provocar algumas alterações ao nível do funcionamento familiar bem como nos relacionamentos pessoais, o que se poderá dever ao facto de as mães, numa fase inicial, se isolarem mais para poderem prestar todos os cuidados aos seus bebés e quererem recuperar todo o tempo que não estiveram com os seus bebés devido ao seu internamento.

Este internamento pode prejudicar o estabelecimento de uma relação de vinculação segura devido às condições impostas pela instituição (como por exemplo, horários) ou pelas

condições clínicas da mãe ou do bebê, causando uma quebra nos cuidados maternos pois é imposta uma separação entre o bebê e os pais, que pode ser prejudicial para o desenvolvimento do mesmo, o que pode fazer com que as mães venham a apresentar sintomas depressivos e de ansiedade o que também pode prejudicar o estabelecimento da relação de vinculação (Fraga et al., 2008; Scochi et al., 2003; Tronchin & Tsunehiro, 2005). Apesar disso é importante salientar que a presença dos pais no Serviço de Neonatologia tem vindo a ser cada vez mais frequente (Tronchin & Tsunehiro, 2005).

Um estudo elaborado por Klaus e Kennell, em 1982, no Hospital da Universidade de Cleveland, concluiu que crianças que estavam em contacto com as mães nas Unidades de Neonatologia apresentavam pontuações mais elevadas na Escala de Stanford-Binet do que crianças que não tiveram contacto com as suas mães (Brum & Schermann, 2004).

É importante nestes casos, que se consiga reduzir a privação sensorial neonatal levando a uma separação mínima ajudando os pais a lidar com a crise emocional associada (Martinet, 2008).

Por estas crianças requererem alguma assistência especial nos seus cuidados, como já foi referido, faz com que o prognóstico e o desenvolvimento destas crianças sejam atualmente foco de interesse e atenção por parte dos investigadores (Suppo & Rugolo, 2005).

2.5 Crianças prematuras

Ao se abordar as crianças prematuras é necessário ter em conta que não se está perante uma população homogénea, mas sim uma população com diversos fatores de diferenciação, como por exemplo, a idade gestacional de nascimento, o peso à nascença e da adaptação aos meios terapêuticos (Bloch et al., 2003; Martinet, 2008; McCormick et al., 2011).

Muitas vezes os bebês prematuros correm risco de vida, devido à imaturidade dos órgãos e devido ao risco de mortalidade neonatal, pós-natal e na infância, o que faz com que estas crianças possam vir a ter um ritmo de desenvolvimento mais baixo comparado com outras

crianças de termo (Gaíva & Ferriani, 2001). Frequentemente as consequências físicas são, entre outras, hipotermia, dificuldades respiratórias, problemas pulmonares, perturbações digestivas, problemas visuais e auditivos, hemorragias cerebrais e consequentemente Paralisia Cerebral (Martinet, 2008). Estas crianças poderão também apresentar algumas consequências ao longo do desenvolvimento. Dentro destas, podem distinguir-se as perturbações precoces e tardias (Martinet, 2008). Dentro das perturbações precoces pode-se referir as perturbações do comportamento alimentar, perturbações do sono, comportamentos auto-agressivos, perturbações do comportamento (como cólera, soluços e instabilidade motora), atraso na aquisição do controle esfinteriano e passividade (Martinet, 2008). Quanto às perturbações tardias, estas podem resumir-se a dificuldades psicomotoras, grande emotividade e dificuldades escolares (Martinet, 2008).

Os bebés prematuros necessitam de cuidados específicos durante a hospitalização e a sua manutenção após a alta hospitalar, pois são crianças em risco, suscetíveis a problemas graves decorrentes da imaturidade do sistema nervoso central, sistema imunológico, cardiovascular, respiratório, digestivo e renal (Morais et al., 2009). Relativamente ao sistema nervoso central, estes bebés podem ter hidrocefalia, danos na retina ou descolamento da mesma e perda auditiva (McCormick et al., 2011). Devido à imaturidade dos pulmões, podem desenvolver broncopneumonia ou doenças pulmonares crónicas, podem ter dificuldades no crescimento e imaturidade do sistema imunitário, pois estão mais expostas ao desenvolvimento de infeções (McCormick et al., 2011).

Inicialmente podem ser crianças menos reativas a estímulos visuais ou auditivos, logo também ao rosto e à voz, por isso pode ser mais difícil consola-la, o que pode fazer com que os pais se sintam mais ansiosos, podendo deixar adivinhar algum comprometimento na relação mãe-bebé (Boubli, 2001). Estes bebés são descritos como muito passivos, sonolentos e pouco responsivos nas primeiras semanas, o que faz com que haja uma menor interação (Nicolaou et al., 2009). Depois de estarem numa incubadora, que à partida é um ambiente

despido de estímulos, quando os bebês são estimulados facilmente ficam fatigados, mesmo em estímulos que noutras crianças podem surgir como atrativos, nas crianças prematuras podem insurgir-se como assustadores, retraindo-se a cada toque, o que pode ser consequência de o seu sistema nervoso estar ainda inacabado, levando mais tempo do que os bebês de termo a adaptarem-se ao mundo em redor deles (Brazelton, 1994). Por isso, as unidades de neonatologia devem ter o menor número de estímulos aversivos, como luz e barulho excessivos, promovendo experiências típicas de RN como o balanceamento e sons calmantes (McCormick et al., 2011).

Mesmo após o período neonatal, estes bebês têm mais riscos na saúde, no desenvolvimento e no comportamento (McCormick et al., 2011). Alguns estudos apontam para a relação entre prematuridade e baixo peso, estatura pequena, menor circunferência da cabeça, problemas respiratórios, como asma e menores funções pulmonares, atrasos motores, comprometimento das habilidades motoras finas, danos visuais graves, menor desenvolvimento intelectual, dificuldades de aprendizagem, maior comportamento hiperativo e déficit de atenção, fazendo com que estas crianças possam apresentar menor qualidade de vida (McCormick et al., 2011).

Muitas destas crianças quando têm alta do hospital continuam a necessitar de medicação ou de algum tipo de tratamento, por isso os pais devem estar informados das necessidades médicas da criança (Nicolaou et al., 2009).

Muitas vezes as crianças prematuras não têm um desenvolvimento adequado, ou dentro do que seria esperado, visto que os pais podem tender a protegê-las em demasia, não estimulando a criança a aprender novas coisas realizando muitas tarefas que a criança já poderia fazer sozinha, prejudicando o desenvolvimento da autonomia da criança (Borghini et al., 2006; Gaíva & Ferriani, 2001; Jackson et al., 2003). Poder-se-á interpretar este excesso de proteção por parte dos pais devido à situação perante a qual estiveram nos primeiros tempos de vida, os pais poderão considera-los sempre crianças frágeis e por isso poderão tender a protegê-los em demasia. A separação imposta pelo internamento da criança pode prejudicar o seu

desenvolvimento psicossocial, visto que a presença das mães e a interação com as mesmas tem um efeito positivo no processo de recuperação do estado de saúde dos seus bebés (Viana et al., 2005).

Caso a mãe apresente sintomas de ansiedade ou depressão após o nascimento e durante o internamento da criança, poderá influenciar o desenvolvimento adequado do bebé (Fraga et al., 2008). Apesar disso, para se estudar o desenvolvimento destas crianças deve-se ter atenção a idade corrigida (a idade cronológica menos o número de semanas que faltavam para completar 40 semanas de gestação aquando o nascimento da criança), até aos 2 ou 3 anos de idade da criança até onde se acredita que o desenvolvimento será mais desfasado das crianças de termo (Suppo & Rugolo, 2005).

A avaliação de crianças prematuras comparativamente com crianças nascidas de termo tem vindo a ser alvo de diversos estudos devido ao facto de poder existir uma maior probabilidade destas crianças ficarem com sequelas a vários níveis (Linhares, Chimello, Bordin, Carvalho, & Martinez, 2005). Um estudo realizado pelos mesmos autores, focou o estudo do desenvolvimento destas crianças e concluiu que crianças nascidas prematuras apresentaram um nível cognitivo inferior à média e mais problemas comportamentais do que as crianças de termo. O mesmo estudo revelou ainda que problemáticas como enurese, medos, tiques, impaciência e dificuldades em permanecer em atividades são mais prevalentes em crianças prematuras. Um outro estudo revela que menores capacidades de desenhar em crianças prematuras em idade pré-escolar, estão relacionadas com um desenvolvimento menos adequado quer ao nível motor como ao nível cognitivo (Schepers, Dekovic, Feltzer, Kleine, & Baar, 2012). Um outro estudo revelou que em interações com crianças prematuras, estas brincam com brinquedos mais infantis para a sua idade, são menos ativos, são tratados como mais frágeis e menos acessíveis (Stern & Hildebrandt, 1986).

Aos 5 anos as preocupações dos pais focam-se nas rotinas familiares e práticas parentais que se evidenciam em atitudes protetoras e na estimulação de competências

desenvolvimentais (Veiga & Simões, 2012). Estas crianças tendem a ter mais dificuldades de separação das figuras de vinculação e o excesso de proteção pode ser ainda mais prejudicial para as crianças, no entanto estudos revelam que crianças com um ano de idade tendem a demonstrar uma vinculação segura, sendo a criança mais cooperante mas mais passiva do que crianças prematuras com vinculação insegura (Tideman, Nilsson, Smith, & Stjernqvist, 2002; Udry-Jorgensen et al., 2011). Apesar de tudo isto, estas crianças tendem a viver em ambientes seguros, não correndo grandes riscos físicos (Kisida, Holditch-Davis, Miles, & Carlson, 2001).

Em Portugal os recém-nascidos de muito baixo peso têm programado acompanhamento em consultas de neonatologia ou do desenvolvimento e a maioria das crianças são acompanhadas até à idade escolar mas apenas aproximadamente 25% das crianças é acompanhada por equipas multidisciplinares (Cunha, Cadete, & Virella, 2010).

Quando estas crianças se tornam adolescentes e jovens adultos os problemas de comportamento que teriam antes podem persistir e denota-se um maior risco de perturbações afetivas, nomeadamente ansiedade, em mulheres que nasceram prematuras, bem como maior risco de virem também a sofrer um parto prematuro (McCormick et al., 2011). Como competência do possível excesso de proteção parental, estes jovens podem ter menores competências sociais e menos intrusão no grupo de pares (Hack, 2009, cit in, McCormick et al., 2011). Denota-se uma aparente associação entre menor peso no nascimento e menor risco para alguns tipos de cancro (McCormick et al., 2011). Jovens de termo parecem ter mais dificuldades em performances em tarefas cognitivas, ao contrário do que alguns autores referem durante a infância (McCormick et al., 2011). Todas estas informações não refletem os cuidados neonatais prestados nos dias de hoje e sim de há alguns anos atrás. Apesar de alguns problemas de saúde dos adolescentes e adultos pré-termo, estes consideram que a sua qualidade de vida, autoestima e as expectativas quanto aos objetivos económicos e sociais são os mesmos do que os de termo (McCormick et al., 2011).

Capítulo III

3. Vinculação

Segundo Bowlby (1978) vinculação é um sistema primário específico, ou seja, está presente desde o nascimento, onde o vínculo da criança com a sua mãe tem como objetivo criar ou manter proximidade da criança com a mãe, sendo um produto da atividade de sistemas comportamentais que estão presentes desde o nascimento. A vinculação pressupõe a construção de uma relação onde a segurança é o elemento principal na interação dos dois elementos da relação (Mendes, 2002). Segundo as teorias de vinculação de Bowlby, pode-se resumir três construtos, sendo eles os sistemas comportamentais, os modelos representacionais e a exclusão defensiva (Solomon & George, 1999). Figura de vinculação é alguém que se procura quando os indivíduos necessitam de proteção e cuidado, ou seja, geralmente os comportamentos de vinculação são ativados em situações novas, ou geradoras de stress e/ou perigo (Canavarro, Dias, & Lima, 2006; Colin, 1996).

O padrão de interação e de vinculação que se desenvolve entre a mãe e o RN resulta da contribuição de cada um e do modo como cada um influencia o comportamento do outro, embora os cuidados que o bebê recebe da mãe são determinantes no modo como se desenvolve o comportamento de vinculação (Bowlby, 1978). Para o mesmo autor, a principal função do comportamento de vinculação na infância é que o bebê aprenda através da mãe quais as atividades necessárias à sobrevivência.

A teoria da vinculação foi formulada para explicar padrões de comportamento, não só de crianças mas também de adolescentes e adultos, tendo em conta que os padrões de vinculação continuam a ser importantes (Bowlby, 1988; Tideman et al., 2002).

A vinculação envolve a proximidade, fonte de segurança e a noção de bem-estar e conforto que advém desses sentimentos que fazem com que as relações de vinculação se construam progressivamente ao longo da vida, iniciando-se com relações de vinculação entre as crianças e os progenitores e mais tarde entre adultos (Bowlby, 1980; Colin, 1996; Fonseca, Soares, &

Martins, 2006; Guedeney, 2004; Shaver & Mikilincer, 2009). Na vinculação há uma tendência para experienciar conforto e suporte emocional com a pessoa com quem se tem laços de vinculação e pela responsividade da figura de vinculação que oferecerá conforto e suporte (Rholes & Simpson, 2004).

Vários autores, que serão abordados de seguida, estudaram a influência da vinculação no desenvolvimento das crianças. Spitz (1945) concluiu através dos seus estudos que em crianças com prognóstico reservado, a ausência dos pais e do afeto proveniente destes, afeta o desenvolvimento destas crianças (Brum & Schermann, 2004). Erikson (1980) também descreveu que para o bebé desenvolver um sentido de confiança básica, o progenitor deve estar presente, agindo de forma consistente e previsível (Brum & Schermann, 2004). Já Bowlby (1969), descreveu a importância das primeiras relações para o desenvolvimento adequado da criança, observando que o desenvolvimento da vinculação constrói-se ao longo da vida, iniciando-se na gravidez devido aos acontecimentos físicos e psicológicos decorrentes da gravidez, o que se evidencia a existência de uma relação de afeto para o desenvolvimento, através da manifestação de comportamento de vinculação que, geralmente, perduram até à puberdade (Brum & Schermann, 2004; Mendes, 2002). Em 1978, Mary Ainsworth e colaboradores identificaram padrões de vinculação formulados através das reações das crianças ao que Ainsworth e colaboradores designaram de “situação-estranha”, onde foram padronizados três tipos de vinculação: vinculação segura (70% da amostra), vinculação ansiosa e esquiva (20% da amostra) e vinculação ansiosa e ambivalente (10% da amostra) (Ainsworth et al., 1978; Brum & Schermann, 2004). O estabelecimento dos diferentes padrões de vinculação vai depender da capacidade da mãe em perceber, interpretar e responder de forma adequada aos sinais da criança, tal como a capacidade da criança usar a mãe como base segura de onde, por um lado, explora o mundo e por outro, para onde retorna em situações de perigo e angústia e, quando há um padrão de vinculação segura, apresenta-se

como um fator de bom prognóstico para um adequado desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (Ainsworth et al., 1978; Brum & Schermann, 2004).

A forma como os laços vinculativos são desenvolvidos e organizados na infância é determinante para a saúde mental na adultez (Evans et al., 2012). Há uma maior tendência para padrões de vinculação inseguros se a mãe for menos responsiva ou tiver sintomas psicopatológicos (Evans et al., 2012). Por outro lado, os padrões de vinculação poderão estar associados a distúrbios na vinculação entre a mãe e o bebê (Feldman et al., 1999). Vários estudos apontam que os padrões de vinculação na infância seriam semelhantes nos adultos, ou seja, haverá alguma tendência para a estabilidade dos padrões de vinculação, por isso a vinculação nos adultos será resultado de uma integração de todas as experiências de vinculação ao longo do tempo (Feeney & Noller, 1996; Matos & Costa, 1996).

O desenvolvimento dos comportamentos de vinculação envolvem quatro fases, são elas: 1ª orientações e sinais com discriminação limitada de figuras de vinculação; 2ª comportamentos orientados para uma figura de vinculação discriminada; 3ª manutenção da proximidade com a figura de vinculação discriminada pela locomoção ou sinalização; e, 4ª formação de uma parceria de objetivos corrigidos para a meta (Bowlby, 1978). As relações de vinculação são diferentes das outras relações sociais pelas seguintes características: procura de proximidade, noção de base segura, comportamento de refúgio e pelas reações marcadas pela separação (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Feeney & Noller, 1996).

Uma relação de vinculação na adultez pressupõe que as duas figuras de uma relação cuidem um do outro, tendo como principal função servirem de bases seguras um ao outro, ou seja, prestam suporte emocional e quando necessário protegem-se, sendo a figura de vinculação um do outro (Canavarro, 1999; Canavarro et al., 2006; Colin, 1996; Hazan & Zeifman, 1999; Shaver & Mikilincer, 2009).

Na idade adulta, na maioria dos casos o vínculo com os pais prossegue sendo uma continuação do comportamento na infância, continuando, deste modo, a afetar o seu

comportamento, mas os comportamentos de vinculação passam a ser dirigidos também para grupos ou instituições, como os colegas de trabalho ou o grupo religioso ou político, por exemplo (Bowlby, 1978). Assim, à medida que os indivíduos crescem, os padrões de comportamento tendem a ser impostos em novas relações, como por exemplo os professores ou pares, apesar de a vinculação às figuras parentais ter tendência a permanecer, vai deixando de ter um papel central na vida dos indivíduos (Bowlby, 1988; Colin, 1996; Shaver & Mikilincer, 2009). Na adultez, é natural que os indivíduos se vinculem aos cônjuges, namorados, amigos ou outros parentes, é comum e saudável, não sendo um indicador de imaturidade, principalmente em situações de doença, stress e na senescência (Colin, 1996). Os indivíduos com padrões de vinculação inseguros aparentemente têm mais dificuldades em resolver questões de luto (Colin, 1996). Enquanto que indivíduos com padrões de vinculação segura tendem a ter maior autoestima, e respondem de forma mais construtiva a situações geradoras de stress, sendo mais estáveis e estando mais satisfeitos com as suas relações afetivas, o que é importante no ajustamento emocional e no bem-estar (Bowlby, 1973; Feeney & Noller, 1996; Taubman-Ben-Ari et al., 2010).

Comportamentos de vinculação em excesso nos adultos podem indicar uma vinculação insegura, mas a interdependência, a confiança na figura de vinculação como sendo a base segura é o mais comum (Colin, 1996). Padrões de vinculação de esquiva estão associados com distância emocional dos outros, desconfiança, solidão e hostilidade, enquanto que padrões de vinculação resistentes estão associados a dependência, ciúmes e relações instáveis, ao passo que padrões inseguros parecem estar associados a uma figura de vinculação esquiva ou resistente (Colin, 1996).

Alguns autores estudaram os padrões de vinculação do adulto através da análise do seu discurso (pela *Adult Attachment Interview*) e alcançaram quatro padrões de vinculação no adulto, sendo eles: seguro (onde os indivíduos apresentam discursos coerentes e colaborativos sobre a vinculação); desligado (discurso desligado de sentimentos ou desligados do

significado das suas experiências de vinculação); preocupado (discurso confuso e preocupado com detalhes relacionados com o passado, podendo parecer vagos ou passivos); e, desorganizados (onde há lapsos nos discurso acerca de experiências de perda ou trauma) (Colin, 1996; Goldberg, 2000).

Já Bartholomew (1990) conceptualizou um modelo que tem vindo a ser considerado uma referência bastante importante (Canavarro et al., 2006). Este modelo de vinculação no adulto divide-se em quatro padrões principais de acordo com o posicionamento (positivo ou negativo) de acordo com o self (modelo representacional de si próprio) e com o outro (mundo social) (Canavarro, 1999; Canavarro et al., 2006; Feeney & Noller, 1996; Griffin & Bartholomew, 1994; Hazan & Zeifman, 1999; Shaver & Mikilincer, 2009). Deste modo, se o modelo do self for positivo e o modelo do outro também, constitui-se um padrão seguro, caso o modelo do self for negativo e o modelo do outro positivo apresenta-se um padrão preocupado, no caso do modelo do self for positivo e o do outro negativo temos um padrão desligado, por último, um modelo do self negativo e do outro negativo apresenta-se um padrão amedrontado (Canavarro, 1999; Canavarro et al., 2006; Feeney & Noller, 1996; Griffin & Bartholomew, 1994; Hazan & Zeifman, 1999; Shaver & Mikilincer, 2009). No padrão de vinculação segura denota-se conforto com a intimidade a autonomia, no preocupado existem ambivalências e excesso de dependência, no desligado negação da vinculação e no amedrontado medo da vinculação e evitamento social desconfiando dos outros (Feeney & Noller, 1996; Griffin & Bartholomew, 1994; Hazan & Zeifman, 1999; Ren, Wang, Yang, Li, & Higgins, 2011; Shaver & Mikilincer, 2009). Estes padrões de vinculação podem ser avaliados através da Escala de Vinculação do Adulto (EVA), o que justifica a utilização desta escala no presente estudo (Canavarro et al., 2006).

3.1 Vinculação em mães de crianças prematuras

As mães de crianças prematuras têm um maior risco de ter dificuldades de vinculação, bem como os seus bebês prematuros, por isso, ter um bebê prematuro pode ter um impacto negativo na vinculação materna, sintomas psicopatológicos maternos e responsividade materna, o que pode ter efeitos a curto ou longo prazo para a criança e/ou para a mãe, bem como na relação entre ambos (Evans et al., 2012).

Feldman et al. (1999) concluíram que os traços de ansiedade e depressão estão relacionados com menores comportamentos de vinculação nas mães, que também são influenciados pela separação dos seus RN.

As mães de crianças prematuras e as de termo tendem a não apresentar diferenças significativas quanto ao padrão de evitamento e de ansiedade, mas as prematuras tendem a apresentar um crescimento pessoal mais elevado do que as de termo (Taubman-Ben-Ari et al., 2010). Outros estudos indicam que as mães de crianças prematuras tendem a ter representações de vinculação equilibradas (também ao nível da comunicação maternal e do envolvimento afetivo), tal como as mães de crianças de termo, o que faz com que o padrão de vinculação tenda a ser seguro tanto nas mães de prematuros como nas mães de termo (Korja et al., 2010; Korja et al., 2009).

Outros estudos avançam para a questão de que o estilo de vinculação das mães ainda é questionável, mas um estudo elaborado por vários autores concluiu que aos 6 meses de idade da criança, as mães de crianças de termo tendem a apresentar padrões de vinculação segura, ao contrário das mães de prematuros, no entanto, essa discrepância tem tendência a atenuar com o passar do tempo e à medida que a criança cresce (Borghini et al., 2006).

Capítulo IV

4. Coping

O ciclo vital humano está repleto de variadas mudanças, sejam elas devido a problemas, dilemas, transições, agentes stressores, crises ou acontecimentos de vida, ou seja, acontecimentos geradores de stress (Wills, Blechman, & McNamara, 1996). O stress dá-se quando os indivíduos apercebem-se que não vão conseguir lidar adequadamente com determinadas situações e as exigências dessas mesmas situações que ameaçam o seu bem-estar e aí os indivíduos tendem a reagir de modo a dominar a situação ou controlar as reações emocionais decorrentes desse acontecimento (Lazarus & Folkman, 1984; Tap, Costa, & Alves, 2005). Em resposta ao stress, o Sistema Nervoso rapidamente entra em ação causando diversas reações físicas, tais como: a ida de hormonas para os órgãos de modo a preparar o indivíduo para a ação; o batimento cardíaco aumenta; a pressão arterial aumenta; os níveis de açúcar aumentam para providenciar energia extra; o sangue é redirecionado para áreas, como o sistema digestivo, o coração e os principais músculos do corpo; as pupilas dilatam para os indivíduos ficarem mais alerta para o ambiente que os envolve; e, o tempo de coagulação do sangue é reduzido (Palmer & Puri, 2006). Existem três processos de coping: a avaliação primária, onde o indivíduo se apercebe da ameaça; a avaliação secundária, onde o indivíduo prepara uma possível resposta; e por último, o coping onde se executa a resposta (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

É nestes momentos de stress que os indivíduos necessitam de pôr em prática as suas competências para lidar com esses desafios e é aqui que entra o conceito de coping (Wills et al., 1996). Assim, coping pode ser definido como um fator estabilizador, em que perante situações ou momentos stressantes, facilita o ajustamento ou adaptação individual a essas mesmas situações, quer a nível comportamental, quer cognitivo (Holahan & Moos, 1987, cit in, Panzini & Bandeira, 2007; Ribeiro & Rodrigues, 2004). É uma variável intermediária e dinâmica entre o acontecimento stressante ou adverso e os resultados ou consequências desse

mesmo acontecimento, tornando-se assim uma resposta psicológica a um evento stressante para o indivíduo, funcionando como um mediador da emoção (Carver & Connor-Smith, 2010; Lazarus, 1991; Parker & Endler, 1996; Paulino & Godinho, 2009; Ribeiro, 2005; Ribeiro & Rodrigues, 2004; Veddovi, Kenny, Gibson, Bowen, & Starte, 2001). Se o processo anteriormente descrito resultar a longo prazo, poder-se-á dizer que o processo de coping teve efeitos positivos (Ribeiro, 2005). O termo coping é ainda usado para descrever o conjunto de estratégias que os indivíduos utilizam para lidar com os desafios referidos anteriormente e incluem respostas individuais de resolução de problemas, procura de mais informação, considerar alternativas, discussão da situação com outras pessoas, entre outros, ou seja, o conjunto de ações que minimizem o stress provocado por essa situação ou focalização nos aspetos positivos da situação funcionando como um mediador da emoção (Paulino & Godinho, 2009; Wills et al., 1996). Tem como principal objetivo reduzir o impacto de eventos stressantes para manter o funcionamento psíquico dentro do comum (Paulino & Godinho, 2009).

O termo “coping” está presente no vocabulário da Psicologia em Portugal, apesar de alguns autores preferirem o uso de traduções, como “adaptação”, “confronto” ou “lidar com” (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O modo como os indivíduos lidam com o stress e o uso de estratégias de coping também é influenciado pelo meio cultural onde os indivíduos estão inseridos, quer de forma direta ou indireta (Aldwin, 1994). As formas de reação ao stress apresentam diferenças entre os indivíduos, ou seja, perante situações similares diferentes indivíduos podem reagir de diferentes formas, por isso o objetivo de estudar estratégias de coping é compreender porque os indivíduos reagem de formas tão variadas ao stress e como essas respostas se relacionam com o seu bem-estar (Aldwin, 1994). Segundo Lazarus e Folkman (1984), estratégias de coping podem ser definidas como *“esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas externas ou internas, que são avaliadas como excedendo os/ou estando*

no limite dos recursos do indivíduo” (Lazarus & Folkman, 1984; Telles-Correia, Mega, Barbosa, Barroso, & Monteiro, 2008, p. 141).

Vários estudos apontam para algumas relações entre estratégias de coping e outras variáveis, nomeadamente, quanto menos estratégias de coping forem usadas ou quanto menos o indivíduo se adaptar à situação, maior será o sofrimento psicológico e vice-versa, ou seja, quanto mais o indivíduo se adaptar à situação menor será o sofrimento psicológico, o que indica que existe uma correlação entre estas duas variáveis (Aldwin, 1994). Outros estudos indicam que quanto maior o nível de stress, mais deprimidos estarão os indivíduos, mas o uso de estratégias de coping pode fazer diminuir o nível de stress e depressão (Aldwin, 1994). Estudos como os referidos anteriormente, apontam para a existência de uma relação entre estratégias de coping e saúde mental, dependendo da situação, do timing do uso da(s) estratégia(s) de coping, das características dos indivíduos e do meio cultural (Aldwin, 1994). O uso de estratégias de coping pode também depender da idade do indivíduo, do stressor e da sua severidade, intervalo de tempo, ou seja, o tempo de reação (Carver & Connor-Smith, 2010).

As estratégias de coping começam a ser usadas ainda na infância, ainda que estas estratégias sejam algo primárias e mais focadas nas emoções, apesar disso, com o desenvolvimento o repertório de estratégias vai aumentando e na adultez as estratégias focadas no problema, à partida, prevalecem (Aldwin, 1994). É importante referir que nem todos os indivíduos lidam com o mesmo acontecimento da mesma forma (o que faz com que usem estratégias de coping diferentes), dependendo da vulnerabilidade de cada um e pode ainda ser influenciado pela personalidade de cada um (Carver & Connor-Smith, 2010; Carver et al., 1989; Tap et al., 2005). Apesar de os indivíduos não usarem sempre as mesmas estratégias de coping perante determinada situação, tendem a ter um conjunto de estratégias que geralmente utilizam com mais frequência que se vão mantendo relativamente fixas, pois é mais fácil aplicar estratégias já familiares ao invés de outras estratégias (Carver et al., 1989).

Apesar disso, as estratégias podem variar conforme o decorrer do acontecimento, não tendo o indivíduo que usar sempre as mesmas (Carver et al., 1989).

Não raras vezes, as estratégias de coping são confundidas com mecanismos de defesa. Mecanismos de defesa, de inspiração psicanalítica, designados por Freud como processos inconscientes usados para lidar com ameaças ou situações causadoras de stress, sendo estes patológicos para Freud (Ribeiro & Rodrigues, 2004). No entanto, a partir da década de 70, coping foi considerado como um processo de resposta consciente, contrariando os mecanismos de defesa que Freud considerava inconscientes (Parker & Endler, 1996). Haan (1965) referiu ainda que as estratégias de coping eram flexíveis, orientadas para uma situação específica e diferenciadas, enquanto que mecanismos de defesa seriam inflexíveis, rígidos e indiferenciados (Telles-Correia et al., 2008). É importante referir que as estratégias de coping derivam da investigação em psicologia social aplicando-se em situações em que o indivíduo está alerta e consciente, enquanto que os mecanismos de defesa são de origem psicanalítica referindo-se a processos mentais inconscientes (Ribeiro, 2005; Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O uso repetido das mesmas estratégias de coping constitui-se como estilo de coping e conforme o significado e funcionalidade as estratégias de coping podem ser agrupadas (Ribeiro, 2005; Ribeiro & Rodrigues, 2004; Telles-Correia et al., 2008).

Considera-se essencial que as estratégias de coping tenham em conta dois fatores essenciais, são eles: a coexistência de elementos disposicionais estáveis com uma variável situacional, ou seja, cada indivíduo tem as suas estratégias de coping que são utilizadas conforme a situação; e, a instabilidade das estratégias de coping, visto que estas se alteram conforme o desenvolvimento do indivíduo, sendo que uma estratégia pode ser adaptativa em determinadas situações e deixar de o ser noutra situação (Schwarzener & Schwarzener, 1996, cit in, Telles-Correia et al., 2008).

Lazarus e Folkman (1984) dividiram as estratégias de coping em dois grupos: o coping focado na emoção que visa a regulação dos afetos e emoções relacionados com a situação

causadora de stress e o coping focado na resolução de problemas que se relaciona com os esforços levados a cabo para lidar ou alterar a situação causadora de stress, envolvendo estratégias para resolver, reformular e minimizar as consequências da situação traumática (Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1984; Paulino & Godinho, 2009; Telles-Correia et al., 2008).

O coping pode influenciar a saúde, através de mecanismos como o sistema neuroendócrino, comportamentos relacionados com riscos para a saúde e a não adesão terapêutica, ou seja, o indivíduo pode recorrer a estas situações acima referidas como uma estratégia de coping menos benéfica para a sua saúde (Telles-Correia et al., 2008). O que indica que as estratégias de coping podem ser adaptativas ou não adaptativas, onde as não adaptativas tentam reduzir a resposta emocional a curto prazo em acontecimentos sobrecarregantes, mas prejudiciais a longo prazo (Paulino & Godinho, 2009).

Autores contemporâneos tendem a reger-se por uma abordagem integrativa relativamente às diferentes abordagens e teorias do coping (Telles-Correia et al., 2008).

Carver, Scheier & Weintraub (1989), desenvolveram a designação de um conjunto de estratégias de coping, pois acreditavam que a distinção entre coping focado na resolução de problemas e na redução da emoção era limitativa e que havia mais do que estes dois fatores (Carver et al., 1989). Por isso, estes autores descreveram um conjunto de 14 estratégias de coping. Segue-se uma breve descrição das mesmas (Carver, 1997; Carver & Connor-Smith, 2010; Carver et al., 1989; Paulino & Godinho, 2009; Ribeiro & Rodrigues, 2004):

- *Coping ativo*: processo onde se inicia uma ação ou se faz esforços para remover ou circunscrever o agente stressor para amenizar os efeitos, é focado na resolução de problemas.
- *Planear*: pensar sobre o modo e quais os passos para enfrentar o stressor, planear os esforços de coping ativo.

- *Utilizar Suporte Instrumental*: procurar ajuda, informações ou conselhos acerca do que fazer, é focado na resolução de problemas.
- *Utilizar Suporte Social Emocional*: conseguir suporte emocional e compreensão de alguém da rede de suporte social, é focada na emoção.
- *Religião*: aumento da participação em atividades religiosas, pode servir como suporte emocional.
- *Reinterpretação Positiva*: tirar o melhor partido da situação, vendo-a de uma forma mais favorável, obtendo um crescimento pessoal, é focada na emoção.
- *Auto-culpabilização*: culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu.
- *Aceitação*: aceitar o facto de que o acontecimento gerador de stress é real, pode ser uma resposta funcional.
- *Expressão de Sentimentos*: aumento da consciência de stress emocional pessoal e tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos.
- *Negação*: tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante, que permite que o agente stressor se torne mais sério.
- *Auto-distração*: desinvestimento mental do objetivo com que o stressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou outras atividades de auto-distração.
- *Desinvestimento Comportamental*: desistir, ou deixar de se esforçar para lidar com o stressor.
- *Uso de substâncias*: uso de álcool ou outras drogas (como medicamentos) como um meio de desinvestir do stressor.
- *Humor*: fazer piadas acerca do stressor.

Estas estratégias de coping podem ser avaliadas através do instrumento Brief COPE, sendo por isso o instrumento escolhido para avaliar as estratégias de coping neste estudo (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O Brief COPE é baseado num dos modelos teóricos de saúde, nomeadamente o Modelo de Auto-Regulação do comportamento de doença de Leventhal (Carver, 1997), que sugere que os indivíduos lidam com as doenças ou sintomas da mesma forma que lidam com outros problemas, ou seja, perante uma problemática ou mudança no indivíduo, este ficará motivado para resolver os problemas e voltar ao seu estado habitual (Ogden, 2004; Ribeiro, 2005). A resolução desses problemas é, geralmente, descrita em três fases, a primeira, designada de interpretação (quer cognitiva, quer emocional), em que os indivíduos tentam tornar o problema compreensível, depois disso, desenvolvem-se e identificam as estratégias de coping adequadas, para tentar lidar com o problema de forma a tentar voltar ao equilíbrio, estratégias estas que podem ser de aproximação (por exemplo, respeitar as prescrições médicas) ou evitamento (por exemplo, negação) e, por último, a fase de ponderação ou avaliação, de modo a avaliar a eficácia das estratégias de coping adotadas tentando identificar se essa é a estratégia adequada ou se deve alterar a estratégia de coping empregue, sendo que estas fases vão continuar até os indivíduos encontrarem o equilíbrio (Ogden, 2004; Telles-Correia et al., 2008).

4.1 Estratégias de coping e mães de crianças prematuras

Além do conhecimento do estado de saúde do bebé, as estratégias de coping podem ajudar o ajustamento emocional da mãe para lidar com a situação de um nascimento prematuro (Madu & Roos, 2006). Como se trata de uma situação de “crise”, deve-se identificar quais as estratégias de coping das mães e encorajar a utilização das mesmas (Madu & Roos, 2006; Viana et al., 2005).

Vários estudos acerca do stress na família têm vindo a examinar as diferentes estratégias de coping que os pais de crianças prematuras usam para moderar os seus níveis de stress, concluindo que a disponibilidade real e percebida e suporte social influenciam as estratégias de coping das mães (Davis et al., 2003).

Independentemente dos pais serem seguidores de uma religião ou não, estes optam pela religiosidade como um meio de adquirir forças e esperança para tentar ultrapassar o sofrimento, bem como justificar a tranquilizar a família e a si própria, podendo ser ainda uma ajuda para a aceitação desta situação de risco decorrente do nascimento prematuro dos seus RN (Tronchin & Tsunehiro, 2005; Vêras, Vieira, & Morais, 2010).

Um estudo de Evans et al. (2012) revelou que mães que tentam lidar com a situação de stress, que decorre de um nascimento prematuro, de modo esquivo, ou seja, através do evitamento, pode vir a aumentar os sintomas psicopatológicos da mãe. As mães de crianças prematuras apresentam assim maiores sintomas de evitamento (Szijarto et al., 2009).

Os estudos de Madu e Roos (2006), revelam que a estratégia de coping mais usada pelas mães de crianças prematuras foi a “Reinterpretação Positiva” e a menos usada foi a “Aceitar a Responsabilidade”, bem como nas mães de crianças de termo cujos valores coincidem. Por outro lado, os estudos de Hughes et al. (1994) concluíram que as estratégias mais usadas pelas mães eram, por ordem de maior frequência: Suporte Social do cônjuge; Chorar; Crenças Religiosas; Foco nas Emoções (reinterpretação positiva); e, Foco na Criança. Fraga e Pedro (2004) afirmam que está presente uma manifestação de religiosidade nas mães de crianças prematuras.

Estudos acerca de cuidadores revelam que a utilização de estratégias de coping focadas no suporte social apresentam uma correlação positiva com a saúde física e mental (Chadda, Singh, & Ganguly, 2007). Por outro lado, nas mães o otimismo está positivamente relacionado com o uso de estratégias de coping que não sejam de evitamento mas sim de humor, por exemplo, havendo menores índices de *distress* (McIntosh, Stern, & Ferguson, 2004).

4.2 Vinculação e estratégias de coping

A vinculação pode ser ativada por fatores stressantes ou ameaçadores, por isso os estilos de vinculação podem estar associados a determinadas formas de resposta ao stress, facilitando as respostas a situações de stress, ou seja, a pôr em prática as estratégias de coping (Feeney & Noller, 1996). Vários estudos apontam para que o estilo de vinculação está relacionado com a forma como se avalia a situação potencialmente ameaçadora e ainda a forma de lidar com essa mesma situação (Mikulincer & Shaver, 2007).

Deste modo, indivíduos com um estilo de vinculação seguro utilizam estratégias mais centradas no problema e na resolução do mesmo, tendo uma maior perceção da disponibilidade de suporte social e instrumental, o que faz com que procurem mais os outros para obter apoio e conforto, sendo um estilo de vinculação geralmente associado a maior autoestima (Feeney & Noller, 1996; Florian, Mikulincer, & Buchltz, 1995; Mikulincer & Shaver, 2007).

O estilo de vinculação preocupado ou ansioso caracteriza indivíduos com tendência a adotar estilos cognitivos marcados pela falta de esperança, usando estratégias de coping mais focadas na emoção, auto-culpabilização e pensamentos ruminativos, autoconfiança e autoestima reduzidas, tendo tendência a se auto-criticarem e lutarem pelo perfeccionismo, mostrando-se menos satisfeitos com o suporte social que recebem, expressando medo e ira (Feeney & Noller, 1996; Mikulincer & Shaver, 2007).

Os indivíduos com vinculação desligada ou evitante, são caracterizados pelo distanciamento, sendo pessoas que mostram insegurança na forma como lidam com os acontecimentos stressantes, atribuindo eventos negativos à sua falta de capacidade de lidar com os problemas, existindo auto-culpabilização, mostrando-se menos satisfeitos com o seu suporte social, expressam de forma limitada a raiva e o stress (Feeney & Noller, 1996; Florian et al., 1995; Mikulincer & Shaver, 2007).

Por último, no estilo de vinculação amedrontado ou receoso os indivíduos demonstram muita insegurança, tendo menos confiança em si e nos outros, procurando a aprovação dos outros quando lidam com situações geradoras de stress (Feeney & Noller, 1996; Mikulincer & Shaver, 2007).

Parte II

Estudo Empírico

Capítulo V

5. Material e Métodos

5.1 Desenho e objetivos do estudo

Esta investigação terá os seguintes objetivos:

- Caracterizar sócio-demograficamente a amostra de mães de crianças prematuras em idade pré-escolar e obter dados clínicos em relação ao nascimento das crianças;
- Explorar os estilos de vinculação da amostra de mães de crianças prematuras comparando com mães de crianças de termo;
- Explorar as estratégias de coping da amostra de mães de crianças prematuras em comparação com mães de crianças de termo;
- Verificar a existência/inexistência de relações entre estilos de vinculação e as estratégias de coping de mães de crianças prematuras comparando com mães de crianças de termo, ou seja, quais as estratégias de coping mais usadas para cada estilo de vinculação em ambas as amostras.

Este estudo terá um carácter transversal e observacional-descritivo de comparação entre grupos, de modo a fornecer informações acerca de um grupo com a característica de interesse para o estudo: a prematuridade, em comparação com outro grupo que não possui essa característica, onde os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999). A metodologia de investigação seguida será quantitativa (Almeida & Freire, 2000).

5.2 Participantes

As amostras foram constituídas por 45 mães de crianças prematuras e 45 participantes no grupo de controlo (para permitir estudar variações com a amostra de mães de crianças prematuras), ou seja, mães de crianças de termo.

Trata-se de uma amostra não probabilística e sequencial/por conveniência, pois os indivíduos elegíveis para a amostra vão sendo incluídos enquanto vão aparecendo, por conveniência do investigador (Ribeiro, 1999).

Relativamente à idade das amostras, as mães de crianças prematuras apresentam uma média de idade aproximadamente de 33 anos (DP = 5,54), enquanto que as de termo apresentam uma média de idade de 35 anos aproximadamente (DP = 3,97), como se pode verificar no Quadro 1.

Quadro 1 – *Caracterização das amostras quanto à idade*

	Mães de Crianças Prematuras <i>n</i> = 45	Mães de Crianças de Termo <i>n</i> = 45
Idade		
Média	33,22	35,47
Desvio-padrão	5,54	3,97
Mínimo	21	27
Máximo	43	47

No que diz respeito ao estado civil, verifica-se nos dois grupos que a maioria das mães são casadas (Quadro 2), no entanto existem mais mães prematuras solteiras, divorciadas e a viver em união de facto, do que no grupo de controlo. Quanto à escolaridade, as mães de crianças prematuras têm maioritariamente uma Licenciatura (37,8%) ou Ensino Secundário (33,3%) enquanto que as mães do grupo de controlo apresentam maioritariamente o Ensino Secundário (42,2%) ou Licenciatura (31,1%). No entanto, é importante referir que uma percentagem relativamente elevada de mães prematuras (20%) apresenta uma escolaridade apenas ao nível do 2º ciclo (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização sócio-demográfica das amostras

	Mães de Crianças Prematuras <i>n</i> = 45 Frequência (%)	Mães de Crianças de Termo <i>n</i> = 45 Frequência (%)
Estado Civil		
Solteira	6(13,3%)	1(2,2%)
Casada	29(64,4%)	38(84,4%)
União de Facto	6(13,3%)	4(8,9%)
Divorciada	4(8,9%)	2(4,4%)
Viúva	0(0%)	0(0%)
Total	45 (100%)	45 (100%)
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	0(0%)	0(0%)
1º ciclo	1(2,2%)	4(8,9%)
2º ciclo	9(20,0%)	3(6,7%)
3º ciclo	2(4,4%)	4(8,9%)
Ensino Secundário	15(33,3%)	19(42,2%)
Licenciatura	17(37,8%)	14(31,1%)
Mestrado	1(2,2%)	1(2,2%)
Doutoramento	0(0%)	0(0%)
Total	45 (100%)	45 (100%)

As mães de crianças prematuras, no que diz respeito ao tipo de profissão, constata-se que grande parte das mães quer de prematuros, quer de termo têm profissões do tipo “especialistas das actividades intelectuais e científicas” (24,4% das mães de ambos os grupos).

Quanto ao número de filhos, 51,1% das mães de crianças prematuras têm dois filhos e 37,8% têm um filho enquanto que no grupo de controlo 48,9% têm apenas um filho e 44,4% têm dois filhos.

No que diz respeito aos itens clínicos, ou seja, a caracterização dos filhos das mães das amostras, a idade dos filhos das mães da amostra de crianças prematuras foi em média de 45 meses aproximadamente, o que corresponde a 3 anos e 9 meses (DP = 13,2), enquanto que a média nas crianças de termo foi de aproximadamente 4 anos e 3 meses (M = 51,4; DP = 16), sendo que a idade mínima foi igual nos dois grupos e a máxima mais elevada nas crianças de termo (Quadro 3).

Quanto ao número de semanas de gestação aquando o parto, as mães de crianças prematuras apresentam uma média de 32 semanas (DP = 3), com o mínimo de 24 semanas e o máximo 37. Já as mães de crianças de termo apresentaram uma média de semanas de gestação de 39 semanas (DP = 1,2), apresentando como mínimo 38 e máximo 42 semanas (Quadro 3).

Pode-se ainda averiguar no Quadro 3, que o tempo de internamento das mães de crianças prematuras foi de 4,8 dias em média (DP = 2,5) tendo como mínimo 1 dia e máximo 12 dias. A amostra do grupo de controlo apresenta um tempo de internamento de 3,3 dias em média (DP = 1) e no mínimo estiveram internadas 2 dias e no máximo 6.

Por outro lado, relativamente ao tempo de internamento das crianças, as prematuras estiveram internados em média 32 dias (DP = 23,1), onde o mínimo de dias foram 2 e o máximo 99. Já as crianças de termo, estiveram no hospital 4 dias em média (DP = 2,9), 2 dias no mínimo e 21 no máximo, como se pode apurar no Quadro 3.

Quadro 3 – *Caracterização das amostras, quanto à idade das crianças, número de semanas de gestação e tempo de internamento das mães e das crianças*

	Mães de Crianças Prematuras <i>n</i> = 45	Mães de Crianças de Termo <i>n</i> = 45
Idade da criança em meses		
Média	44,9	51,4
Desvio-padrão	13,2	16,3
Mínimo	12	12
Máximo	67	75
Número de semanas de gestação		
Média	32,2	39,3
Desvio-padrão	3,0	1,2
Mínimo	24	38
Máximo	37	42
Tempo de internamento da mãe em dias		
Média	4,8	3,3
Desvio-padrão	2,6	1,0
Mínimo	1	2
Máximo	12	6
Tempo de internamento da criança em dias		
Média	31,9	3,9
Desvio-padrão	23,1	2,9
Mínimo	2	2
Máximo	99	21

Quanto ao desejo de gravidez, pode-se constatar que todas as gravidezes em ambos os grupos foram desejadas (Quadro 4).

Quadro 4 – *Caracterização das amostras quanto ao facto da gravidez ser desejada ou não*

	Mães de Crianças Prematuras <i>n</i> = 45 Frequência (%)	Mães de Crianças de Termo <i>n</i> = 45 Frequência (%)
Gravidez desejada		
Sim	45(100%)	45(100%)
Não	0(0%)	0(0%)

No que concerne ao tipo de parto, 60% das mães de crianças prematuras tiveram um parto por cesariana ou distócico e 40% parto normal, vaginal ou eutócico e 51,1% das mães de crianças de termo tiveram parto distócico e 48,9% parto eutócico (Quadro 5).

Quanto ao peso das crianças à nascença, como se pode ver no Quadro 5, 44,4% das crianças prematuras nasceu com menos de 1,500 Kg, 42,2% entre 1,500 e 2,500 Kg e 13,3% entre 2,500 e 3,500 Kg. Já as crianças de termo, 66,7% nasceram entre 2,500 e 3,500 Kg, 17,8% com mais de 3,500 Kg e 15,6% entre 1,500 e 2,500 Kg.

Quadro 5 – *Caracterização da amostra relativamente ao tipo de parto e ao peso à nascença*

	Mães de Crianças Prematuras <i>n</i> = 45 Frequência (%)	Mães de Crianças de Termo <i>n</i> = 45 Frequência (%)
Tipo de parto		
Normal	18 (40,0%)	22 (48,9%)
Cesariana	27 (60,0%)	23 (51,1%)
Peso à nascença		
Menos de 1,500 Kg	20 (44,4%)	0 (0%)
Entre 1,500 Kg e 2,500 Kg	19 (42,2%)	7 (15,6%)
Entre 2,500 Kg e 3,500 Kg	6 (13,3%)	30 (66,7%)
Mais de 3,500 Kg	0 (0%)	8 (17,8%)

Relativamente ao sexo da criança (Quadro 6), constata-se que as crianças prematuras 62,2% são do sexo feminino e 37,8% masculino. Já as crianças de termo, 48,9% são do sexo feminino e 51,1% do sexo masculino.

A posição na fratria das crianças prematuras divide-se em: 11,1% primeiro filho; 35,6% segundo filho; 4,4% terceiro filho; 31,1% filho único; 13,3% gémeos; 2,2% quadrigémeos; e, 2,2% não responde. Já nas crianças de termo, 15,6% são o primeiro filho, 31,1% segundo filho, 4,4% terceiro filho e 48,9% filhos únicos (Quadro 6).

Quadro 6 – Caracterização quanto ao sexo da criança e relativamente à sua posição na fratria

	Mães de Crianças Prematuras <i>n</i> = 45 Frequência (%)	Mães de Crianças de Termo <i>n</i> = 45 Frequência (%)
Sexo da criança		
Feminino	28 (62,2%)	22 (48,9%)
Masculino	17 (37,8%)	23 (51,1%)
Total	45 (100%)	45 (100%)
Posição na fratria da criança		
Primeiro filho	5 (11,1%)	7 (15,6%)
Segundo filho	16 (35,6%)	14 (31,1%)
Terceiro filho	2 (4,4%)	2 (4,4%)
Filho Único	14 (31,1%)	22 (48,9%)
Gêmeos	6 (13,3%)	0 (0%)
Quadrigêmeos	1 (2,2%)	0 (0%)
Não responde	1 (2,2%)	0 (0%)
Total	45 (100%)	45 (100%)

No que diz respeito a complicações peri-natais, ou seja, problemas seguidos ao nascimento do recém-nascido, 73,3% das mães de crianças prematuras evocam não ter ocorrido nenhum tipo de complicação, 4,4% referem o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e outras mães referem casos únicos como Anemia, Bronquiolite, Pneumonia, Retinopatia, problemas pulmonares e respiratórios, tratamentos de Fotossíntese, refluxo gástrico, entre outros. As mães de crianças de termo, 95,6% referem ausência de problemas, 2,2% pneumonia e 2,2% infeção no cordão umbilical, sendo que devido à baixa percentagem, estes casos não foram considerados.

No que concerne ao recurso a métodos de Reprodução Medicamente Assistida (RMA), 11,1% das mães prematuras recorreram a estes métodos e 88,9% não. Pelo contrário, as mães de crianças de termo, 93,3% não recorreram a estes métodos e 6,7% não responderam. Quanto ao tipo de métodos, 4,4% das mães prematuras recorreu a Inseminação Artificial, 4,4% a Fertilização *in vitro* e 2,2% não respondeu. Nas mães de termo, 6,7% não respondeu e 93,3% não recorreu a este tipo de métodos, como se pode verificar no Quadro 7.

Quadro 7 – Caracterização da amostra quanto ao recurso a métodos de Reprodução Medicamente

Assistida

	Mães de Crianças Prematuras <i>n</i> = 45 Frequência (%)	Mães de Crianças de Termo <i>n</i> = 45 Frequência (%)
Recurso a RMA		
Sim	5 (11,1%)	0 (0%)
Não	40 (88,9%)	42 (93,3%)
Não Responde	0 (0%)	3 (6,7%)
Tipo de método RMA		
Não recorreu	40 (88,9%)	42 (93,3%)
Fertilização <i>in vitro</i>	2 (4,4%)	0 (0%)
Inseminação Artificial	2 (4,4%)	0 (0%)
Não Responde	1 (2,2%)	3 (6,7%)

5.3 Material

Para a recolha de dados foram utilizados três instrumentos de auto-relato: um questionário sócio-demográfico e clínico elaborado para o efeito; a Escala de Vinculação do Adulto (EVA) adaptado e validado para a população portuguesa por Canavarro et al. (2006); e, o Brief COPE adaptado e validado para a população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004). Estes documentos podem ser consultados no Anexo A.

Questionário sócio-demográfico e clínico

Para caracterizar social, demográfica e clinicamente a amostra procedeu-se à elaboração de um questionário para o efeito.

No que diz respeito à secção sócio-demográfica solicitou-se resposta às mães, quanto à idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e número de filhos. Na parte clínica, correspondente à criança, questionou-se a posição na fratria, se houve recurso a Métodos de Reprodução Medicamente Assistida e se sim quais, se a gravidez foi desejada, qual o tipo de parto, o número de semanas de gestação, quais as complicações peri-natais (caso existam), qual o peso no nascimento da criança, o tempo de internamento da mãe e da criança, a data de nascimento da criança para calcular a sua idade e qual o sexo da mesma.

Escala de Vinculação do Adulto

A Escala de Vinculação do Adulto (EVA) pretende avaliar as relações de vinculação do adulto, começando a ser traduzida e validada para a população portuguesa por Canavarro e seus colaboradores, em 1997 (Barbosa et al., 2009; Canavarro et al., 2006).

A EVA é a versão portuguesa da *Adult Attachment Scale*, que foi criada com o objetivo de ultrapassar as limitações do instrumento de Hazan e Shaver (1987) constituído por três parágrafos, cada um descrevendo um estilo de vinculação, onde o indivíduo teria que escolher o parágrafo com o qual se identificava mais (Canavarro et al., 2006; Collins & Read, 1990).

Já a EVA é composta por 18 itens, formulados de modo a tentarem descrever a forma como os indivíduos se sentem em relação às relações afetivas que estabelecem, utilizando uma escala de tipo Likert de cinco pontos em que 1 corresponde a “Nada característico em mim”; 2 – “Pouco característico em mim”; 3 – “Característico em mim”; 4 – “Muito característico em mim”; e, 5 – “Extremamente característico em mim” (Barbosa et al., 2009; Canavarro et al., 2006).

Quanto aos resultados, a EVA apresenta três dimensões finais através da análise fatorial, são elas: ansiedade (fator 1), conforto com a proximidade (fator 2) e confiança nos outros (fator 3) (Canavarro et al., 2006). A partir dos valores médios obtidos nas três dimensões descritas, pode-se identificar os indivíduos nos quatro estilos de vinculação definidos por Bartholomew (1990), que são obtidos a partir dos valores médios das três dimensões referidas. Após esse procedimento, calcula-se o valor compósito nas dimensões Confiança nos Outros e Conforto com a Proximidade, ficando assim com duas variáveis, a Ansiedade e Conforto-Confiança. A partir daí, podem-se classificar os indivíduos com quatro estilos de vinculação: seguro, preocupado, desligado e amedrontado, conforme os valores obtidos nas duas dimensões referidas anteriormente.

Quanto às qualidades psicométricas da versão portuguesa da EVA, esta apresenta valores da consistência interna (*alpha de Cronbach*) das dimensões satisfatórios na dimensão

ansiedade (0,84) e menos satisfatórios nas dimensões confiança nos outros (0,54) e conforto com a proximidade (0,67). No entanto, o valor do total da escala é bastante abonatório (0,81). Apresenta uma boa estabilidade temporal (Canavarro et al., 2006).

Trata-se portanto de um instrumento de auto-resposta, fácil e de rápida aplicação, sendo um dos motivos pelos quais este instrumento foi escolhido.

Brief COPE

Os instrumentos de avaliação do coping têm como objetivo avaliar o grau em que os indivíduos utilizam cada estratégia de coping (quer no quotidiano como em situações específicas), sendo estes definidos através dos modelos teóricos que representam (Telles-Correia et al., 2008).

Data de 1997, é uma versão abreviada do COPE (Carver, 1997) já que este era extenso e redundante o que causava impaciência aos participantes, por isso alguns dos itens foram repensados, reformulados, ou omitidos, tendo surgido dois novos itens correspondendo à estratégia de auto-culpabilização (Carver, 1997; Telles-Correia et al., 2008). Este questionário foi utilizado inicialmente com indivíduos vítimas de uma catástrofe natural, nomeadamente do Furacão Andrew em 1992 (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Trata-se de um instrumento flexível, pois o investigador pode alterar o cabeçalho introdutório, neste caso pedindo-se à mãe para se focalizar a partir do nascimento do seu filho de modo a ficar de acordo com os objetivos e interesses da investigação, assim como se pedia para pensar no modo como as mães reagiam perante os problemas a partir do momento do parto prematuro.

É constituído por 28 itens e 14 escalas com dois itens cada. As opções de resposta são elaboradas numa escala de quatro categorias, onde os indivíduos pontuam de 0 a 3 dependendo da frequência com que usam cada uma das estratégias em que “0” corresponde a

“nunca faço isto”; “1” a “faço isto por vezes”; “2” a “em média é isto que faço”; “3” a “faço quase sempre isto”.

Quanto aos resultados do Brief COPE, estes apresentam-se distribuídos por 14 estratégias de coping (já descritas anteriormente), sendo elas: coping ativo; planear; utilizar suporte instrumental; utilizar suporte social emocional; religião; reinterpretação positiva; auto-culpabilização; aceitação; expressão de sentimentos; negação; auto-distração; desinvestimento comportamental; uso de substâncias; e, humor. Deste modo, depreende-se que os resultados deste instrumento apresentam-se na forma de perfil (não havendo um resultado final), formulado a partir da soma dos resultados obtidos dos itens correspondentes a cada estratégia.

Quanto às propriedades psicométricas do Brief COPE, estas serão apresentadas de seguida (Ribeiro & Rodrigues, 2004):

- Validade: todas as cargas fatoriais primárias dos itens são superiores a 0,40, sendo que 25 dos 28 itens têm carga fatorial superior a 0,60.
- Fidelidade: os valores da consistência interna das escalas é satisfatória seguindo os padrões da escala original, oscilando entre 0,55 e 0,84, enquanto que na escala original oscilam entre 0,50 e 0,90.

O Brief COPE é um dos mais destacados instrumentos para avaliar o coping, devido à sua abrangência, fácil e rápida aplicação, bem como o facto de apresentar propriedades semelhantes à versão original, sendo dos instrumentos para avaliar o coping mais citados pela literatura (Ribeiro & Rodrigues, 2004; Telles-Correia et al., 2008), por isso achou-se pertinente a utilização deste questionário para avaliar as estratégias de coping das mães de crianças prematuras, bem como para as comparar com mães de crianças de termo.

5.4 Procedimento

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo B), Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto (Anexo C) e Conselho Pedagógico do

Agrupamento de Escolas de S. João da Madeira (Anexo D). Foram ainda pedidas autorizações para a utilização dos instrumentos, nomeadamente, à Professora Doutora Maria Cristina Canavarro para a utilização da Escala de Vinculação do Adulto (Anexo E) e ao Professor Doutor Pais Ribeiro para a utilização do Brief COPE (Anexo F).

Após a aprovação do estudo por parte das Comissões de Ética e das devidas autorizações para a utilização dos instrumentos, procedeu-se à administração dos mesmos.

Os dados relativos à amostra de mães de crianças prematuras foram recolhidos no Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto (CHP), localizado no Hospital Magalhães Lemos, entre Abril e Junho de 2011. As crianças prematuras nascidas no CHP são acompanhadas de forma longitudinal, deslocam-se ao referido Departamento para realizarem a avaliação do desenvolvimento, aproximadamente, aos 3 (geralmente quando podem iniciar o ensino pré-escolar) e aos 5 anos (antes de entrarem para o ensino obrigatório) e eram, geralmente, acompanhadas pelas suas mães, por isso, enquanto as crianças realizavam a avaliação, a investigadora dirigia-se às mães para lhes explicar quais os objetivos do estudo e qual a pertinência da sua participação, sendo inicialmente apresentado o Consentimento Informado (Anexo G) seguindo-se a administração dos questionários, que posteriormente eram colocados de forma aleatória num envelope.

Os dados referentes à amostra do grupo de controlo, ou seja, de mães de crianças de termo foi recolhida no Agrupamento de Escolas de S. João da Madeira, nomeadamente no Jardim-de-infância de Carquejido e no Jardim-de-infância de Fundo de Vila, entre Maio e Junho de 2011. Quando as mães se deslocavam ao Jardim para irem buscar os seus filhos era-lhes pedido que preenchessem os questionários e o procedimento foi semelhante à amostra de mães de crianças prematuras. Da escolha desta amostra, tentou-se convergir os dados sócio-demográficos de forma a que a única diferença notória fosse a prematuridade, visto que se trata de uma amostra por emparelhamento.

Todas as participantes foram informadas, de forma oral e escrita, acerca dos objetivos do estudo e, a confidencialidade e anonimato foram também assegurados, bem como da ausência de danos caso não quisessem participar no estudo, devido ao seu caráter voluntário. Cada participante que aceitou participar no estudo, assinou o consentimento informado formulado pela autora. O preenchimento dos questionários demorava aproximadamente 15 minutos. As participantes ficaram com o contacto da autora de modo a poderem cancelar a sua participação em qualquer momento.

Após a recolha de dados, procedeu-se à cotação dos questionários e à sua inserção na base de dados no Software Estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 19.0, onde os mesmos foram analisados.

Para a análise dos dados recorreu-se ao uso a estatísticas descritivas, Qui Quadrado (para analisar relações de independência entre variáveis qualitativas, ou seja, verifica se as variáveis estão relacionadas ou não), Teste T (para comparar médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos) e ANOVA Univariada ou Unianova (para analisar com maior complexidade a variância de dois fatores em simultâneo sobre uma variável quantitativa bem como a interação entre essas variáveis) (Bisquerra, Sarriera, & Martinez, 2004; Maroco, 2003; Martinez & Ferreira, 2007; Pallant, 2005; Pestana & Gageiro, 2008).

Capítulo VI

6. Resultados

6.1 Vinculação

Relativamente aos estilos de vinculação (Quadro 8), verifica-se que a maioria das mães (em ambos os grupos) apresentam estilos de vinculação seguros (84,4% das mães prematuras e 77,8% das mães de crianças de termo). Quanto aos restantes estilos, nas mães de crianças prematuras existem 8,9% das mães com um estilo de vinculação desligado, 4,4% preocupado

e 2,2% amedrontado. As mães de crianças de termo não apresentam grandes variações, 11,1% apresentam um padrão de vinculação preocupado, 6,3% desligado e 4,4% amedrontado.

Quadro 8 – *Frequência e percentagem dos estilos de vinculação nas duas amostras*

	Mães de Crianças Prematuras		Mães de Crianças de Termo	
	Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)
Seguro	38	84,4	35	77,8
Preocupado	2	4,4	5	11,1
Desligado	4	8,9	3	6,7
Amedrontado	1	2,2	2	4,4
Total	45	100,0	45	100,0

No entanto, através da análise do teste do Qui Quadrado (Quadro 9) concluiu-se que não existem diferenças significativas ($p=0,60$) quanto ao estilo de vinculação entre mães de crianças prematuras e mães de crianças de termo, não existindo relação entre estas duas variáveis.

Quadro 9 – *Resultados relativos ao Qui Quadrado*

	χ^2	gl	p
Estilo de Vinculação	1,89	3	0,60

$p \leq 0,05$

6.2 Estratégias de coping

Da análise do Quadro 10, onde foi feito um teste T para a comparação das amostras das mães no que diz respeito às estratégias de coping encontram-se diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) na estratégia de coping “Aceitação” indicando que as mães de crianças prematuras utilizam mais esta estratégia de coping do que as mães de crianças de termo. Por outro lado, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas verifica-se que as mães de crianças prematuras tendem a apresentar valores mais elevados do que as mães de crianças prematuras nas estratégias “Utilizar Suporte Instrumental”, “Reinterpretação

Positiva”, “Auto-Culpabilização”, “Planear” e “Humor”. Por outro lado, as mães de crianças prematuras têm tendência a utilizar menos (em relação às mães de crianças de termo) as estratégias de coping “Auto-distração”, “Coping ativo”, “Negação”, “Uso de substâncias”, “Desinvestimento Comportamental”, Expressão de sentimentos” e “Religião”. Por último, na estratégia de coping “Utilizar suporte social emocional” as duas amostras apresentam médias exactamente iguais (M= 3,00), o que indica que é uma estratégia igualmente utilizada pelas duas amostras.

Quadro 10 – *Diferenças entre as amostras quanto às estratégias de coping*

	Mães de Crianças Prematuras		Mães de Crianças de Termo		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Auto-Distração	1,64	1,17	2,00	1,30	-1,37	88	0,18
Coping Ativo	3,98	1,69	4,13	1,18	-0,51	78,76	0,61
Negação	1,16	1,35	1,62	1,57	-1,51	88	0,13
Uso de Substâncias	0,04	0,30	0,18	0,81	-1,04	55,82	0,30
Utilizar Suporte Social Emocional	3,00	1,33	3,00	1,54	0,00	88	1,00
Desinvestimento Comportamental	0,42	0,87	0,53	0,76	-0,65	88	0,52
Expressão de Sentimentos	2,87	1,56	3,02	1,53	-0,48	88	0,63
Utilizar Suporte Instrumental	2,80	1,41	2,69	1,44	0,37	88	0,71
Reinterpretação Positiva	3,93	1,50	3,69	1,29	0,83	88	0,41
Auto-Culpabilização	2,27	1,30	2,02	1,14	0,95	88	0,35
Planear	4,36	1,65	3,96	1,20	1,31	80,46	0,19
Humor	2,64	1,75	2,09	1,28	1,72	80,54	0,09
Aceitação	3,84	1,52	3,04	1,48	2,53	88	0,01*
Religião	2,20	1,75	2,27	1,66	-0,19	88	0,85

* $p \leq 0,05$

6.3 Vinculação e estratégias de coping

No que diz respeito ao último objetivo deste trabalho, em que se pretende analisar a existência/inexistência de relações entre estilos de vinculação e as estratégias de coping de mães de crianças prematuras comparando com mães de crianças de termo, procedeu-se ao cumprimento do mesmo através da prova ANOVA Univariada (Unianova), para cada variável dependente, onde as estratégias de coping se apresentavam como variáveis dependentes.

Da análise do Quadro 11, verifica-se que não existe relação entre a estratégia de coping “auto-distração” e a prematuridade ($p=0,22$) nem relação com a prematuridade associada aos estilos de vinculação ($p=0,21$). No entanto, existe relação entre a estratégia “auto-distração” e o estilo de vinculação ($p=0,00$). Deste modo, verifica-se que quer nas mães de crianças prematuras quer nas de termo, quanto à “auto-distração”, as mães que usam mais esta estratégia, têm tendência a ter um estilo de vinculação desligado ou amedrontado (Quadro 12).

Quadro 11 - *Teste da ANOVA Univariada para Auto-Distração*

	F	gl	p
Prematuridade	1,53	1,00	0,22
Vinculação	9,23	3,00	0,00*
Prematuridade * Vinculação	1,56	3,00	0,21

* $p \leq 0,05$

Quadro 12 - Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Auto-Distração

Prematuro ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio Padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	1,53	1,06	38
	Preocupado	0,50	0,71	2
	Desligado	2,50	0,58	4
	Amedrontado	5,00	0,00	1
	Total	1,64	1,17	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	1,69	1,13	35
	Preocupado	2,60	1,34	5
	Desligado	3,00	1,00	3
	Amedrontado	4,50	0,71	2
	Total	2,00	1,30	45
Total	Seguro	1,60	1,09	73
	Preocupado	2,00	1,53	7
	Desligado	2,71	0,76	7
	Amedrontado	4,67	0,58	3
	Total	1,82	1,24	90

Quanto à estratégia de coping “coping ativo”, constata-se que não existe relação entre esta estratégia de coping e as variáveis prematuridade e vinculação de forma isolada ($p=0,08$ e $p=0,69$, respectivamente). Por outro lado, o coping ativo quando relacionado com a prematuridade e vinculação em conjunto apresenta um valor estatisticamente significativo ($p=0,04$), indicando que existe relação entre estas duas variáveis juntas, com o coping ativo (Quadro 13). Por isso, em conjunto com a análise do Quadro 14, constata-se que as mães de crianças prematuras que tendem a usar mais o coping ativo são as que apresentam um estilo de vinculação preocupado e, por outro lado, nas mães de crianças de termo as que tendem usar mais o coping activo são as que apresentam um estilo de vinculação seguro, tendo estes resultados significância estatística.

Quadro 13 – *Teste da ANOVA Univariada para Coping Ativo*

	F	gl	P
Prematuridade	3,05	1	0,08
Vinculação	0,49	3	0,69
Prematuridade * Vinculação	2,95	3	0,04*

* $p \leq 0,05$ Quadro 14 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Coping Ativo*

Prematuro ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	3,87	1,73	38
	Preocupado	5,50	0,71	2
	Desligado	4,25	1,71	4
	Amedrontado	4,00	0,00	1
	Total	3,98	1,69	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	4,46	1,04	35
	Preocupado	3,00	1,00	5
	Desligado	3,00	1,00	3
	Amedrontado	3,00	1,41	2
	Total	4,13	1,18	45
Total	Seguro	4,15	1,46	73
	Preocupado	3,71	1,50	7
	Desligado	3,71	1,50	7
	Amedrontado	3,33	1,15	3
	Total	4,06	1,45	90

Da análise do Quadro 15 constata-se que existem relações estatisticamente significativas entre a estratégia de coping “negação” e a prematuridade ($p=0,03$), com a vinculação ($p=0,02$) e ainda relacionando com a prematuridade a vinculação associadas ($p=0,03$). Deste modo, pode-se constatar que as mães de crianças prematuras que utilizam mais a estratégia de coping “negação” são as que apresentam um estilo de vinculação desligado, ao contrário das mães de crianças de termo onde as que utilizam mais a negação são as que apresentam o estilo de vinculação amedrontado (Quadro 16).

Quadro 15 – *Teste da ANOVA Univariada para Negação*

	F	gl	Sig.
Prematuridade	4,94	1	0,03*
Vinculação	3,40	3	0,02*
Prematuridade * Vinculação	3,08	3	0,03*

* $p \leq 0,05$

Quadro 16 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Negação*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	1,00	1,23	38
	Preocupado	1,00	0,00	2
	Desligado	2,75	2,06	4
	Amedrontado	1,00	0,00	1
	Total	1,16	1,35	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	1,31	1,45	35
	Preocupado	2,20	0,45	5
	Desligado	1,67	0,58	3
	Amedrontado	5,50	0,71	2
	Total	1,62	1,57	45
Total	Seguro	1,15	1,34	73
	Preocupado	1,86	0,69	7
	Desligado	2,29	1,60	7
	Amedrontado	4,00	2,65	3
	Total	1,39	1,47	90

Pode-se constatar (Quadro 17) que existem relações estatisticamente significativas entre a prematuridade e vinculação associadas ($p=0,00$) e ainda com as duas variáveis isoladas (ambas com $p=0,00$). Estes resultados indicam que a prematuridade e os estilos de vinculação associados têm uma relação com a estratégia de coping “uso de substâncias”. Do Quadro 18 verifica-se que nas mães de crianças prematuras o estilo de vinculação que utiliza mais esta estratégia de coping são as que apresentam um estilo de vinculação seguro, ainda que utilizem-na pouco ($M=0,05$). Já nas mães de crianças de termo, são as que apresentam um estilo de vinculação amedrontado que utilizam mais esta estratégia ($M=2,50$).

Quadro 17 – *Teste da ANOVA Univariada para Uso de substâncias*

	F	gl	P
Prematuridade	11,62	1	0,00*
Vinculação	5,17	3	0,00*
Prematuridade * Vinculação	5,66	3	0,00*

*p≤0,05

Quadro 18 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Uso de Substâncias*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	0,05	0,32	38
	Preocupado	0,00	0,00	2
	Desligado	0,00	0,00	4
	Amedrontado	0,00	0,00	1
	Total	0,04	0,30	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	0,03	0,17	35
	Preocupado	0,40	0,89	5
	Desligado	0,00	0,00	3
	Amedrontado	2,50	3,54	2
	Total	0,18	0,81	45
Total	Seguro	0,04	0,26	73
	Preocupado	0,29	0,76	7
	Desligado	0,00	0,00	7
	Amedrontado	1,67	2,89	3
	Total	0,11	0,61	90

Quanto à estratégia de coping “utilizar suporte social emocional”, verifica-se que não existe relação nem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis prematuridade e vinculação quer associadas, quer separadas, indicando que não existem diferenças estatisticamente significativas entre mães de crianças prematuras e de termo, nem entre os diferentes estilos de vinculação, no que diz respeito a esta estratégia de coping, como se pode constatar pelo Quadro 19. Verifica-se que, em média, existe uma tendência embora sem significado estatístico para as mães de crianças prematuras com estilos de vinculação preocupado e amedrontado utilizarem mais esta estratégia e, no caso das mães de crianças de

termo, têm tendência para utilizar mais esta estratégia as que apresentam os estilos de vinculação seguro e amedrontado, embora igualmente sem significado estatístico (Quadro 20).

Quadro 19 – *Teste da ANOVA Univariada para Utilizar Suporte Social Emocional*

	F	gl	p
Prematuridade	2,10	1	0,15
Vinculação	0,19	3	0,90
Prematuridade * Vinculação	1,30	3	0,28

$p \leq 0,05$

Quadro 20 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Utilizar Suporte Social Emocional*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	2,84	1,35	38
	Preocupado	4,00	0,00	2
	Desligado	3,75	1,26	4
	Amedrontado	4,00	0,00	1
	Total	3,00	1,33	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	3,11	1,57	35
	Preocupado	2,60	1,67	5
	Desligado	2,33	1,53	3
	Amedrontado	3,00	1,41	2
	Total	3,00	1,54	45
Total	Seguro	2,97	1,45	73
	Preocupado	3,00	1,53	7
	Desligado	3,14	1,46	7
	Amedrontado	3,33	1,15	3
	Total	3,00	1,43	90

No que diz respeito à estratégia de coping “desinvestimento comportamental”, denota-se uma relação entre esta estratégia e a prematuridade ($p=0,03$) (Quadro 21), sendo que, no geral, é uma estratégia mais utilizada pelas mães de crianças de termo (Quadro 22). Através

da análise do Quadro 22, constata-se ainda que não há relação entre esta estratégia de coping e a vinculação ($p=0,72$) nem com a vinculação e a prematuridade em conjunto ($p=0,11$).

Quadro 21 – *Teste da ANOVA Univariada para Desinvestimento Comportamental*

	F	gl	p
Prematuridade	4,84	1	0,03*
Vinculação	0,45	3	0,72
Prematuridade * Vinculação	2,11	3	0,11

* $p \leq 0,05$

Quadro 22 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Desinvestimento Comportamental*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	0,47	0,92	38
	Preocupado	0,00	0,00	2
	Desligado	0,25	0,50	4
	Amedrontado	0,00	0,00	1
	Total	0,42	0,87	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	0,37	0,65	35
	Preocupado	1,00	0,71	5
	Desligado	1,33	1,15	3
	Amedrontado	1,00	1,41	2
	Total	0,53	0,76	45
Total	Seguro	0,42	0,80	73
	Preocupado	0,71	0,76	7
	Desligado	0,71	0,95	7
	Amedrontado	0,67	1,15	3
	Total	0,48	0,81	90

Relativamente à estratégia de coping “expressão de sentimentos” verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e as variáveis prematuridade e vinculação, quer juntas, quer de forma individual, como se pode verificar no Quadro 23. No entanto, as mães de crianças prematuras com estilo de vinculação desligado têm tendência

para utilizar mais esta estratégia de coping e do que as de termo, que são as que apresentam um estilo de vinculação desligado (Quadro 24).

Quadro 23 – *Teste da ANOVA Univariada para Expressão de Sentimentos*

	F	gl	p
Prematuridade	0,27	1	0,60
Vinculação	0,31	3	0,82
Prematuridade * Vinculação	0,82	3	0,49

* $p \leq 0,05$

Quadro 24 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Expressão de Sentimentos*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	2,82	1,56	38
	Preocupado	2,00	0,00	2
	Desligado	4,00	1,83	4
	Amedrontado	2,00	0,00	1
	Total	2,87	1,56	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	3,03	1,56	35
	Preocupado	3,00	1,87	5
	Desligado	2,67	0,58	3
	Amedrontado	3,50	2,12	2
	Total	3,02	1,53	45
Total	Seguro	2,92	1,55	73
	Preocupado	2,71	1,60	7
	Desligado	3,43	1,51	7
	Amedrontado	3,00	1,73	3
	Total	2,94	1,54	90

Da análise do Quadro 25, constata-se que não existem diferenças nem relações estatisticamente significativas entre as estratégias de coping “utilizar suporte instrumental” e a prematuridade e a vinculação, e com a prematuridade e vinculação associadas. No entanto, da análise do Quadro 26, verifica-se que apesar de não ter significado estatístico, há uma

tendência para as mães de crianças prematuras com estilos de vinculação preocupado e desligado utilizarem esta estratégia e nas mães de crianças de termo, serem as com estilos de vinculação seguro e desligado que têm tendência para utilizar esta estratégia de coping.

Quadro 25 – *Teste da ANOVA Univariada para Utilizar Suporte Instrumental*

	F	gl	p
Prematuridade	1,57	1	0,21
Vinculação	0,77	3	0,51
Prematuridade * Vinculação	1,30	3	0,28

p≤0,05

Quadro 26 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Utilizar Suporte Instrumental*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	2,71	1,37	38
	Preocupado	4,50	0,71	2
	Desligado	3,00	1,83	4
	Amedrontado	2,00	0,00	1
	Total	2,80	1,41	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	2,83	1,42	35
	Preocupado	2,20	1,79	5
	Desligado	2,67	0,58	3
	Amedrontado	1,50	2,12	2
	Total	2,69	1,44	45
Total	Seguro	2,77	1,39	73
	Preocupado	2,86	1,86	7
	Desligado	2,86	1,35	7
	Amedrontado	1,67	1,53	3
	Total	2,74	1,42	90

Da análise do quadro 27 verifica-se que nesta estratégia de coping (“reinterpretação positiva”), também não existem diferenças estatisticamente significativas entre esta estratégia de coping e as restantes variáveis. No entanto, pelo Quadro 28, pode-se verificar que existe

uma tendência (sem significado estatístico) para as mães de crianças prematuras com estilo de vinculação preocupado utilizarem mais esta estratégia de coping e nas mães de crianças de termo são as que apresentam um estilo de vinculação amedrontado.

Quadro 27 – *Teste da ANOVA Univariada para Reinterpretação Positiva*

	F	gl	p
Prematuridade	0,46	1	0,50
Vinculação	1,58	3	0,20
Prematuridade * Vinculação	0,24	3	0,87

p ≤ 0,05

Quadro 28 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Reinterpretação Positiva*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	3,95	1,61	38
	Preocupado	4,00	0,00	2
	Desligado	3,50	0,58	4
	Amedrontado	5,00	0,00	1
	Total	3,93	1,50	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	3,71	1,30	35
	Preocupado	3,80	1,30	5
	Desligado	2,33	0,58	3
	Amedrontado	5,00	0,00	2
	Total	3,69	1,29	45
Total	Seguro	3,84	1,46	73
	Preocupado	3,86	1,07	7
	Desligado	3,00	0,82	7
	Amedrontado	5,00	0,00	3
	Total	3,81	1,40	90

Através do Quadro 29, verifica-se que também não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mães de crianças de termo e as prematuras, no que diz respeito a esta estratégia de coping (“auto-culpabilização”), relacionando com a prematuridade e vinculação. No entanto, apesar de não ter significado estatístico, as mães de crianças prematuras com

estilo de vinculação preocupado têm tendência para utilizar mais esta estratégia de coping e nas mães de termo são as que apresentam o estilo de vinculação amedrontado (Quadro 30).

Quadro 29 – *Teste da ANOVA Univariada para Auto-Culpabilização*

	F	gl	Sig.
Prematuridade	0,91	1	0,34
Vinculação	1,09	3	0,36
Prematuridade * Vinculação	1,35	3	0,27

$p \leq 0,05$

Quadro 30 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Auto-Culpabilização*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	2,24	1,38	38
	Preocupado	2,00	0,00	2
	Desligado	2,75	0,96	4
	Amedrontado	2,00	0,00	1
	Total	2,27	1,30	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	1,77	1,09	35
	Preocupado	2,80	0,84	5
	Desligado	2,33	0,58	3
	Amedrontado	4,00	0,00	2
	Total	2,02	1,14	45
Total	Seguro	2,01	1,26	73
	Preocupado	2,57	0,79	7
	Desligado	2,57	0,79	7
	Amedrontado	3,33	1,15	3
	Total	2,14	1,22	90

Na estratégia de coping “planear” também não existe significado estatístico relacionando esta estratégia com a prematuridade e com a vinculação, quer tendo as duas variáveis isoladas ou associadas (Quadro 31). Apesar disto, as mães de crianças prematuras com estilo de vinculação desligado e preocupado têm tendência (sem significado estatístico) para utilizarem

esta estratégia de coping. Já as mães de crianças de termo, as que têm tendência para utilizar mais esta estratégia, são as que têm um estilo de vinculação seguro (Quadro 32).

Quadro 31 – *Teste da ANOVA Univariada para Planear*

	F	gl	p
Prematuridade	2,71	1	0,10
Vinculação	1,11	3	0,35
Prematuridade * Vinculação	1,58	3	0,20

$p \leq 0,05$

Quadro 32 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Planear*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	4,34	1,76	38
	Preocupado	4,50	0,71	2
	Desligado	4,50	1,29	4
	Amedrontado	4,00	0,00	1
	Total	4,36	1,65	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	4,26	1,09	35
	Preocupado	2,80	0,84	5
	Desligado	2,33	0,58	3
	Amedrontado	4,00	1,41	2
	Total	3,96	1,21	45
Total	Seguro	4,30	1,47	73
	Preocupado	3,29	1,11	7
	Desligado	3,57	1,51	7
	Amedrontado	4,00	1,00	3
	Total	4,16	1,45	90

Constata-se que existe uma relação entre a estratégia de coping “humor” e a prematuridade ($p=0,04$), mas não existe relação com a vinculação de forma isolada ($p=0,12$) nem com a vinculação e prematuridade associadas ($p=0,22$) (Quadro 33). Mas há uma tendência para as

mães de crianças prematuras com um estilo de vinculação amedrontado utilizarem mais esta estratégia de coping, tal como nas mães de crianças de termo (Quadro 34).

Quadro 33 – *Teste da ANOVA Univariada para Humor*

	F	gl	p
Prematuridade	4,24	1	0,04*
Vinculação	2,01	3	0,12
Prematuridade * Vinculação	1,51	3	0,22

*p≤0,05

Quadro 34 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Humor*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	2,47	1,78	38
	Preocupado	2,50	0,71	2
	Desligado	3,75	1,26	4
	Amedrontado	5,00	0,00	1
	Total	2,64	1,75	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	2,17	1,20	35
	Preocupado	1,40	1,14	5
	Desligado	1,00	1,00	3
	Amedrontado	4,00	1,41	2
	Total	2,09	1,28	45
Total	Seguro	2,33	1,53	73
	Preocupado	1,71	1,11	7
	Desligado	2,57	1,81	7
	Amedrontado	4,33	1,15	3
	Total	2,37	1,55	90

Examinando o Quadro 35, denota-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mães ($p=0,36$), nem conforme os estilos de vinculação ($p=0,48$), nem com as variáveis vinculação e prematuridade associadas ($p=0,39$), relativamente à estratégia de coping “aceitação”. Apesar disso, existe uma tendência (sem significado estatístico) para as mães de crianças prematuras com estilo de vinculação desligado utilizarem mais esta

estratégia (M=4,50) e nas mães de crianças de termo serem as com estilo de vinculação amedrontado que utilizam mais a estratégia “aceitação” (M=5,50), como se pode verificar através da análise do Quadro 36.

Quadro 35 – *Teste da ANOVA Univariada para Aceitação*

	F	gl	p
Prematuridade	0,86	1	0,36
Vinculação	0,83	3	0,48
Prematuridade * Vinculação	1,02	3	0,39

$p \leq 0,05$

Quadro 36 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Aceitação*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	3,79	1,63	38
	Preocupado	3,50	0,71	2
	Desligado	4,50	0,58	4
	Amedrontado	4,00	0,00	1
	Total	3,84	1,52	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	3,03	1,48	35
	Preocupado	2,60	1,14	5
	Desligado	2,33	0,58	3
	Amedrontado	5,50	0,71	2
	Total	3,04	1,48	45
Total	Seguro	3,42	1,60	73
	Preocupado	2,86	1,07	7
	Desligado	3,57	1,27	7
	Amedrontado	5,00	1,00	3
	Total	3,44	1,54	90

Quanto à última estratégia de coping, a “religião”, verifica-se que também não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mães ($p=0,35$), nem entre os estilos de vinculação ($p=0,97$), nem entre as duas variáveis associadas ($p=0,68$), como se pode

comprovar no Quadro 37. Mas pode-se constatar que existe uma tendência para serem as mães de crianças prematuras com um estilo de vinculação desligado que utilizam mais esta estratégia (M=2,25) e nas mães de crianças de termo serem as com estilo de vinculação preocupado (M=3,00) e amedrontado (M=3,00) (Quadro 38).

Quadro 37 – *Teste da ANOVA Univariada para Religião*

	F	gl	p
Prematuridade	0,89	1	0,35
Vinculação	0,09	3	0,97
Prematuridade * Vinculação	0,50	3	0,68

p≤0,05

Quadro 38 – *Estatística descritiva dos estilos de vinculação de mães de crianças de termo e mães de crianças prematuras relacionado com Religião*

Prematura ou de Termo	Estilos de Vinculação	Média	Desvio padrão	N
Mãe de Criança Prematura	Seguro	2,24	1,68	38
	Preocupado	1,50	2,12	2
	Desligado	2,25	2,87	4
	Amedrontado	2,00	0,00	1
	Total	2,20	1,75	45
Mãe de Criança de Termo	Seguro	2,09	1,52	35
	Preocupado	3,00	2,83	5
	Desligado	2,67	1,15	3
	Amedrontado	3,00	1,41	2
	Total	2,27	1,66	45
Total	Seguro	2,16	1,60	73
	Preocupado	2,57	2,57	7
	Desligado	2,43	2,15	7
	Amedrontado	2,67	1,15	3
	Total	2,23	1,70	90

No Anexo H, pode-se consultar os quadros adicionais relativos aos testes estatísticos utilizados para complementar a informação estatística, nomeadamente Qui Quadrado e Unianova ou ANOVA Univariada.

Capítulo VII

7. Discussão

Este capítulo tem como objetivo discutir os resultados encontrados no presente estudo, fazendo uma reflexão com resultados encontrados em estudos prévios.

Algumas investigações indicam que alguns dos fatores que podem influenciar a prematuridade são a idade (idade inferior a 18 anos ou superior a 35) e a posição da criança na fratria (primeiro filho ou a partir do sexto filho) (Martinet, 2008; Ramos & Cuman, 2009). Aponta-se também que um dos fatores que podem contribuir para o aumento do número de partos prematuros se deva ao aumento do recurso a Métodos de Reprodução Medicamente Assistida, levando ao aumento dos nascimentos múltiplos (Martinet, 2008; Nicolaou et al., 2009; Ramos & Cuman, 2009). Neste estudo essa condição relativa à idade não foi verificada, visto que a idade mínima das mães de crianças prematuras não foi inferior a 18 anos e a sua maioria não tinha mais de 35 anos (no entanto, também se tentou convergir os dados sócio-demográficos de ambas as amostras). Quanto à posição na fratria a maioria das crianças prematuras são filhos únicos ou segundos filhos. Não se verificaram muitos casos de Recurso a Métodos de Reprodução Medicamente Assistida nem um número elevado de nascimentos múltiplos, não sendo esse um fator que influenciasse a existência da prematuridade. O facto de estes resultados não coincidirem com as investigações descritas pode dever-se ao facto de a amostra ser reduzida e por se ter tentado convergir os dados sócio-demográficos entre as duas amostras.

As crianças prematuras têm tendência a nascer com baixo peso à nascença comparativamente com crianças de termo (Papalia et al., 2001). Esta informação vai ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, já que quase todas as crianças nasceram com menos de 2,500 Kg, ao contrário das crianças de termo que nasceram quase todas com mais de 2,500 Kg.

No presente estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (mães de crianças prematuras e mães de crianças de termo) no que diz respeito ao estilo de vinculação (seguro, preocupado, desligado e amedrontado), denotando-se apenas que tanto as mães de crianças prematuras como as de termo apresentam maioritariamente um padrão de vinculação seguro. Estes resultados corroboram com os estudos de Korja et al. (2010) que referem que as mães de crianças prematuras tendem a ter um padrão de vinculação seguro, tal como as mães de crianças de termo. O estudo de Boghini et al. (2006) também aponta neste sentido, na medida em que estes autores defendem que com o passar do tempo mães de crianças prematuras e mães de crianças de termo tendem a atenuar a discrepância nos estilos de vinculação. No entanto, segundo Evans et al. (2012), a prematuridade pode ter um impacto negativo na ligação mãe-bebé, também devido ao choque com o nascimento de um filho prematuro, denotando o fim da idealização de ter uma criança de termo sem problemas, ou seja, o bebé imaginário, tendo estas mães um maior risco de não apresentarem um padrão de vinculação seguro (Tronchin & Tsunehiro, 2005). O facto de os resultados do presente estudo não irem ao encontro deste último, pode dever-se ao facto de este maior risco poder ser aquando o nascimento da criança e quando a criança é recém-nascida, o que não é o caso do presente estudo. Por outro lado, pode-se referir que quanto ao tipo de parto, verificou-se que em maior número ocorreram partos distócicos tanto nas mães de crianças prematuras como nas mães de crianças de termo ao que a literatura refere que o tipo de parto pode influenciar a ligação mãe-bebé e o estabelecimento da vinculação entre ambos, sendo que num parto distócico este risco estará ampliado (Feldman, et al., 1999; Figueiredo et al., 2002). No entanto, como o número de partos distócicos tem vindo a aumentar, mesmo em bebés de termo, poderá influenciar o facto de haver tendência para que não existam diferenças significativas entre ambas as amostras.

Quanto às estratégias de coping, verificou-se que apenas houve diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras numa estratégia de coping, a “aceitação”, sendo que são

as mães de crianças prematuras que utilizam mais esta estratégia de coping, podendo dever-se ao acontecimento de as mães de crianças prematuras terem passado pela difícil situação do nascimento do seu filho prematuro, o que fez com que se preparassem para vários cenários quanto ao futuro do filho, podendo ter feito com que as mães desenvolvessem mais esta estratégia de adaptação após esta situação menos positiva. Verifica-se também que as mães de crianças prematuras apresentam valores elevados na utilização de estratégias de coping como “Coping Ativo”, “Utilizar Suporte Social Emocional”, “Reinterpretação Positiva” e “Planear”, podendo-se especular que as mães de crianças prematuras podem ter desenvolvido mais estas estratégias devido ao facto de perante a situação adversa pela qual passaram, aprenderam a recorrer ao apoio da rede de suporte social, a planear estratégias para tentar ultrapassar as situações adversas e reinterpreta-las positivamente, pelo facto de os seus filhos prematuros terem sobrevivido e terem qualidade de vida, as mães podem ter desenvolvido esta capacidade de reinterpretar positivamente as situações por terem ultrapassado positivamente a situação do parto prematuro. De acordo com a literatura consultada, verifica-se que as mães de crianças prematuras tendem a ter presente a estratégia reinterpretação positiva e a procura por suporte social, bem como acontece neste estudo (Davis et al., 2003; Hughes et al., 1994; Madu & Roos, 2006). A maioria dos estudos referem que as mães de crianças prematuras tendem a usar a religiosidade e o evitamento para lidar com situações adversas (Fraga & Pedro, 2004; Hughes et al., 1994; Szijarto et al., 2009; Trochin & Tsunehiro, 2005; Veras, Vieira & Morais, 2010). Neste caso, o mesmo não aconteceu, o que se pode dever ao facto de a situação adversa já ter sido há algum tempo, o que pode fazer com que as mães já não utilizem tanto esta estratégia e como utilizam a “aceitação”, isso pode fazer com que não sintam tanta necessidade de evitar o confronto com as situações adversas. Por último, a literatura refere que muitas mães sentem-se culpadas pelo nascimento do seu filho prematuro, visto que acreditam que fizeram algo de menos positivo, o que despoletou o parto prematuro (Evans et al., 2012; Fraga & Pedro, 2004; Lee et al., 2005). Neste estudo, verificou-se que a

estratégia de coping “Auto-culpabilização” não é das mais utilizadas nas mães de crianças prematuras, o que pode ser justificado por já ter passado algum tempo do nascimento e as crianças acabaram por não ter graves sequelas no seu desenvolvimento.

Estudando as estratégias de coping com a vinculação e prematuridade, verifica-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas em três estratégias de coping. Deste modo, constata-se que na estratégia de coping “coping ativo” as mães de crianças prematuras que mais utilizam esta estratégia são as mães com um estilo de vinculação preocupado, enquanto que nas mães de crianças de termo são as mães com um estilo de vinculação seguro. Já na estratégia de coping “negação”, são as mães de crianças prematuras com um estilo de vinculação desligado que mais a utilizam e nas mães de crianças de termo são as que apresentam um estilo de vinculação amedrontado. Por último, na estratégia de coping “uso de substâncias” são as mães de crianças prematuras com um estilo de vinculação seguro que mais as utilizam e nas mães de crianças de termo são as que apresentam um estilo de vinculação amedrontado. Estes resultados nestas três estratégias de coping indicam que a prematuridade e a vinculação interagem de algum modo sobre as estratégias de coping não sendo explicado isoladamente por apenas a vinculação e a prematuridade.

Apesar de não ter literatura para confrontar todos estes dados, a literatura consultada indica que os indivíduos com um estilo de vinculação seguro tendem a utilizar estratégias de coping centradas no problema e na sua resolução (Feeney & Noller, 1996; Florian et al., 1995; Mikulincer & Shaver, 2007), o que pode ser constatado pelas mães de crianças de termo com estilo de vinculação seguro que utilizam mais a estratégia “coping ativo”. Mas as mães de crianças prematuras que mais utilizam esta estratégia são as que apresentam um estilo de vinculação preocupado, o que se pode dever à situação que estas mães viveram tornando-se com um estilo de vinculação preocupado e por isso tentarem encontrar e iniciar esforços para reduzir o seu stress derivado da situação.

Na estratégia de coping “negação”, as mães de crianças prematuras que mais utilizam esta estratégia de coping são as que apresentam um estilo de vinculação desligado, o que se pode dever ao facto de este estilo de vinculação ser caracterizado pelo distanciamento e falta de capacidade para lidar com os problemas (Feeney & Noller, 1996; Florian et al., 1995; Mikulincer & Shaver, 2007), o que pode fazer com que estas mães entrem em negação perante tais acontecimentos. Já as mães de crianças de termo que mais utilizam esta estratégia são as que apresentam um estilo de vinculação amedrontado. Poderá ser porque demonstram muita insegurança e pouca autoconfiança (Feeney & Noller, 1996; Mikulincer & Shaver, 2007), a negação pode ser uma forma de estas mães se protegerem das situações de stress de forma a não se sentirem ainda mais inseguras.

Por último, a última estratégia de coping onde houve diferenças estatisticamente significativas foi a estratégia “uso de substâncias”. Verificou-se que as mães de crianças prematuras com estilo de vinculação seguro são as que mais utilizam esta estratégia de coping podendo esta situação dever-se ao facto de o uso de substâncias poder ser uma forma de estas mães, de uma forma paradoxal, de sentirem seguras e com maior autoestima, visto que também se podem perceber como uma população de risco devido ao acontecimento stressante decorrente do parto prematuro. Por outro lado, nas mães de crianças de termo, as que mais utilizam esta estratégia de coping são as que apresentam um estilo de vinculação amedrontado, pois tal como já foi referido este estilo de vinculação caracteriza-se pela insegurança e pouca autoconfiança (Feeney & Noller, 1996; Mikulincer & Shaver, 2007), podendo ser esta uma forma de as mães se sentirem mais protegidas e seguras perante situações stressantes.

De outros resultados subjacentes pode-se referir que na estratégia de coping “auto-distração”, as variáveis prematuridade e vinculação não interagem associadas sobre esta estratégia de coping, apenas a vinculação apresenta resultados estatisticamente significativos. Deste modo os estilos de vinculação que mais utilizam esta estratégia de coping são o

amedrontado e o desligado, o que poderá ser consequência de estes estilos de vinculação apresentarem características como distanciamento, insegurança e pouca autoconfiança, podendo a auto-distração ser uma forma de se distanciarem do fator que se apresenta como gerador de stress, independentemente da existência de prematuridade ou não.

Como já foi referido, das catorze estratégias de coping apresentadas, apenas em três houve diferenças estatisticamente significativas entre mães de crianças prematuras e mães de crianças de termo. A inexistência destas diferenças poderá dever-se à dimensão reduzida da amostra, ao tempo passado entre o acontecimento stressante (nascimento prematuro da criança) e a avaliação, da recolha das amostra ter sido feita apenas em duas instituições não havendo uma maior distribuição geográfica. Além disso, é necessário ter em conta que o número de mães distribuídas pelos quatro estilos de vinculação, à exceção do estilo de vinculação seguro, apresentam-se num número bastante reduzido, o que também poderá influenciar os resultados obtidos.

Conclusão

Com os avanços que têm vindo a ocorrer na Medicina e noutras áreas científicas e tecnológicas, o risco de morbilidade e mortalidade de crianças prematuras tem vindo a diminuir, o que ajuda a que a área da prematuridade venha a ser, cada vez mais, alvo de estudos e investigações, constituindo-se um interesse de saúde pública (Tronchin & Tsunehiro, 2005). Em suma, os bebés sobrevivem com cada vez menos tempo de gestação minimizando-se assim o risco de mortalidade, levantando questões como o estabelecimento da relação de vinculação com a criança e a adaptação da mãe a esta situação e como estas dimensões se desenvolverão no futuro. Por isso, este estudo vem ajudar a que esta área seja ainda mais conhecida e estudada. No entanto, como a maioria das investigações se centra no momento do nascimento prematuro ou nos meses seguintes, este estudo vem acrescentar

alguma informação acerca da prematuridade, mas quando as crianças já estão em idade pré-escolar e por isso já decorreu algum tempo desde o choque do nascimento prematuro.

A prematuridade tem um grande impacto na vida dos pais e, neste caso, da vida das mães destas crianças, pois durante a gestação as mães alimentam a fantasia do bebé perfeito, constituindo-se assim o bebé esperado, por isso, o nascimento de uma criança prematura representa um choque para as mães por não ter nascido o bebé idealizado durante a gestação (Fraga & Pedro, 2004; Gaiva & Ferriani, 2001; Sales et al., 2005; Taubman-Ben-Ari, Findler & Kuint, 2010; Vasconcelos & Petean, 2009). Perante isto, quando esta idealização desaparece dá lugar a sentimentos e reações como ansiedade, choque, preocupação com o futuro da criança, medo, auto-culpabilização, tristeza, desamparo, constituindo-se como um stressor ao equilíbrio emocional materno (Baião, 2009; Evans et al., 2012; Forcada-Guex et al., 2011; Fraga et al., 2008; Pedespan, 2004; Pinto et al., 2009; Viana et al., 2005).

Por tudo isto, as mães de crianças prematuras tendem a apresentar um maior risco de dificuldades de vinculação e, conforme o estilo de vinculação as estratégias de coping usadas poderão ajudar o ajustamento emocional da mãe para lidar com a situação e para lidar com a criança durante o seu desenvolvimento (Evans et al., 2012; Madu & Roos, 2006).

A presente investigação teve como objetivos principais: caracterizar sócio-demograficamente a amostra de mães de crianças prematuras em idade pré-escolar comparando com o grupo de controlo (mães de crianças de termo) obtendo também dados clínicos em relação ao nascimento das crianças, como por exemplo, o tempo de gestação, o peso à nascença, o tempo de internamento, entre outros já citados; explorar os estilos de vinculação das mães de crianças prematuras comparando com o grupo de controlo; explorar as estratégias de coping mais utilizadas nas mães de crianças prematuras em comparação com o grupo de controlo; e, por último, verificar a existência/inexistência de relações entre estilos de vinculação e as estratégias de coping de mães de crianças prematuras comparando com

mães de crianças de termo, ou seja, quais as estratégias de coping mais usadas para cada estilo de vinculação em ambas as amostras.

Para alcançar os objetivos anteriormente descritos, recolheu-se uma amostra de 45 mães de crianças prematuras, recolhida no Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto. Para comparar os resultados obtidos, o grupo de controlo foi constituído por 45 mães de crianças de termo, recolhida em dois Jardins-de-infância do Agrupamento de Escolas de S. João da Madeira. Para avaliar as mães utilizado um questionário sócio-demográfico elaborado para o efeito, a Escala de Vinculação do Adulto e o Brief COPE. Acompanhando este conjunto de questionários foi também elaborado o consentimento informado.

Verificou-se que as mães de crianças prematuras têm uma média de idade de 33 anos, aproximadamente e as mães de crianças de termo 35 anos aproximadamente. Quanto ao estado civil, nas duas amostras a maioria das mães são casadas, na escolaridade a maioria das mães em ambas as amostras têm o ensino secundário ou licenciatura, já nas profissões a maioria das mães das duas amostras têm profissões do tipo “especialistas das atividades intelectuais e científicas”. No número de filhos, a maioria das mães de crianças prematuras têm dois filhos, enquanto que as mães de crianças de termo a maioria das mães têm apenas um filho.

Quanto às crianças, a média de idade das crianças prematuras foi de 45 meses (3 anos e 9 meses) e nas crianças de termo foi de 51 meses (4 anos e 3 meses). Já no número de semanas de gestação, em média as crianças prematuras nasceram com 32 semanas de gestação e as crianças de termo nasceram em média às 39 semanas de gestação.

Quanto ao tempo de internamento das mães, as de crianças prematuras estiveram em média 4,8 dias internadas enquanto que as mães de crianças de termo foi de 3,3 dias. Já o tempo de internamento das crianças, as prematuras estiveram em média 32 dias internadas e as de termo foi em média de 4 dias.

Relativamente ao parto, a maioria dos partos em ambos os grupos foi distócico, ou seja, de cesariana. Nas crianças prematuras, a maioria nasceu com menos de 2,500 Kg ao contrário das crianças de termo cuja maioria nasceu com mais de 2,500 Kg. A maioria destas crianças prematuras são meninas, ao contrário das crianças de termo onde a maioria são meninos. Quanto à posição na fratria das crianças prematuras, verificou-se que a maioria são segundos filhos e nas crianças de termo a maioria são filhos únicos. Por último, verificou-se que em ambas as amostras as mães relataram que não existiram complicações seguidas ao nascimento, bem como a maioria das mães não recorreu a Métodos de Reprodução Medicamente Assistida.

Concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre mães de crianças prematuras e mães de crianças de termo no que diz respeito ao estilo de vinculação, visto que a maioria das mães de ambas as amostras apresentam um estilo de vinculação “seguro”, não se podendo fazer uma distinção entre as amostras com base no estilo de vinculação.

Quanto às estratégias de coping verificou-se que das catorze estratégias, apenas existem diferenças estatisticamente significativas na estratégia de coping “Aceitação”, sendo uma estratégia mais usada pelas mães de crianças prematuras. Quanto às restantes estratégias, verifica-se que, apesar de não ter significado estatístico, nas estratégias “Utilizar suporte instrumental”, “Reinterpretação positiva”, “Auto-culpabilização”, “Planear” e “Humor”, as mães de crianças prematuras têm tendência a apresentar valores mais elevados do que as mães de crianças de termo. Já nas estratégias que apresentam valores mais baixos pode-se constatar que são as estratégias “Auto-distração”, “Coping ativo”, “Negação”, “Uso de substâncias”, “Desinvestimento comportamental”, Expressão de sentimentos” e “Religião”. Já a estratégia “Utilizar suporte social emocional” apresenta valores exatamente iguais em ambos os grupos de mães.

Ao se explorar a existência ou inexistência de relações entre os estilos de vinculação e as estratégias de coping, concluiu-se que apenas existem diferenças em três, sendo elas “Coping ativo”, “Negação” e “Uso de substâncias”. Deste modo, na estratégia “Coping ativo” que nas mães de crianças prematuras é mais característico das mães com um estilo de vinculação “Preocupado” e nas mães de termo são as que têm um estilo de vinculação “Seguro”. Na estratégia “Negação”, nas mães de crianças prematuras é mais próprio nas mães com um estilo de vinculação “Desligado” e nas mães de termo o estilo de vinculação “Amedrontado”. Quanto à última estratégia onde houve diferenças com significado estatístico, a estratégia “Uso de substâncias”, é mais característico de mães de crianças prematuras com um estilo de vinculação “Seguro” e nas mães de crianças de termo com um estilo de vinculação “Amedrontado”.

No entanto, este estudo apresenta algumas limitações, como o número reduzido das amostras, que poderá influenciar os resultados não permitindo uma generalização para toda a população de mães de crianças prematuras. O facto das amostras não terem filhos com idades extremamente próximas, o que pode influenciar os resultados, visto que uma mãe com uma criança de cinco anos tem vivências diferentes de uma mãe com uma criança de três anos. Este estudo apenas avalia vinculação e estratégias de coping, podendo ser importante avaliar outras dimensões. Por outro lado, neste estudo não se fez uma divisão consoante o peso à nascença, o que pode influenciar o ajustamento das mães, pois as mães podem ter vivências diferentes conforme a situação clínica das crianças. Uma outra limitação, pode dever-se ao momento da avaliação, já que as mães de crianças prematuras poderiam estar ansiosas devido à avaliação que as suas crianças estavam a ser submetidas.

Como sugestões para investigações futuras, poder-se-á estudar também os pais que também sofrem com a situação e geralmente são “negligenciados” nas investigações em detrimento das mães. Poderia ser mais benéfico e poder-se-iam obter mais informações caso fosse feito

um estudo longitudinal onde num primeiro momento se avaliariam as mães após o nascimento e depois avaliava-se as mães com o decorrer do tempo.

Por tudo isto, considera-se importante o desenvolvimento de investigações acerca desta temática pois além de poderem confirmar os resultados obtidos, existem menos investigações nesta faixa etária das crianças, apesar de ser importante constatar quais as implicações para a mãe deste acontecimento traumático, para que tal não influencie negativamente o desenvolvimento adequado destas crianças.

Estes resultados são importantes para comprovar que o acompanhamento dos pais, neste caso mais especificamente das mães, aquando o nascimento de uma criança prematura é extremamente importante para que estas se possam ajustar emocionalmente da forma mais adequada e, o seu acompanhamento longitudinal pode ajudar no seu bem-estar não só psicológico como geral, como pode amparar as mães quanto ao desenvolvimento adequado das crianças. Evidencia ainda, que é importante o acompanhamento do desenvolvimento das crianças ao longo da sua infância para que estas se desenvolvam de forma adequada e caso tenham dificuldades em determinadas áreas, possam ser redirecionadas para outros profissionais dessas mesmas áreas. Deste modo, tudo o que foi mencionado pode constituir-se importante para a construção de programas de intervenção e prevenção nesta área e ainda para o desenvolvimento da Psicologia.

Referências Bibliográficas

- Aagaard, H., & Hall, E. O. C. (2008). Mothers' experiences of having a preterm infant in a Neonatal Care Unit: A meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(3), 26-36.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development*. Nova Iorque: The Guildford Press.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Amankwaa, L. C., Pickler, R. H., & Boonmee, J. (2007). Maternal responsiveness on mothers of preterm infants. *Newborn and Infant Reviews*, 7(1), 25-30.
- Baião, R. D. M. (2009). *Stress parental e prematuridade*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Barbosa, F., Ferreira, C., Patrício, P., Mota, C., Alcântara, C., & Barbosa, A. (2009). Estilo de vinculação em doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 51-62.
- Bárcia, S., & Sá, E. (2007). A importância do toque e da massagem do bebé...Alguns apontamentos. In J. A. C. Teixeira (Ed.), *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção* (pp. 147-160). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, S. M. M. d., & Trindade, Z. A. (2007). Maternidade "prematura": Uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 253-269.
- Bisquerra, R., Sarriera, J. C., & Martinez, F. (2004). *Introdução à estatística: Enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Bloch, H., Lequien, P., & Provasi, J. (2003). *A criança prematura*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkovitch, R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal*, 25(7), 494-508.
- Botelho, T. M., & Leal, I. (2007). A personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 129-144.
- Boubli, M. (2001). *Psicopatologia da criança*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation* (Vol. 2). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss* (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Brazelton, T. B. (1994). *Tornar-se família: O crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- 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(2), 457-467.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade – Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *Internacional Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology, 61*, 679-704.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283.
- Chadda, R. K., Singh, T. B., & Ganguly, K. K. (2007). Caregiver burden and coping: A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*, 923-930.
- Colin, V. L. (1996). *Human attachment*. New York: McGraw-Hill.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica, 24*(3), 197-209.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2007). Percepção da experiência de parto: Continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças, 8*(1), 49-66.
- Costa, S. A. F., Ribeiro, C. A., Borba, R. I. H. d., & Balieiro, M. M. F. G. (2009). A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 13*(4), 741-749.
- Cotralha, N. R. (2007). *Adaptação psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes*. Lisboa: Dinalivro.
- Cunha, M., Cadete, A., & Virella, D. (2010). Acompanhamento dos recém-nascidos de muito baixo peso em Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa, 41*(4), 155-161.
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development, 73*, 61-70.

- Diaz, Z. M., Caires, S., & Correia, S. (2012). *Vivências de pais com bebé internado numa Unidade de Neonatologia: A ótica dos pais e dos profissionais de saúde*. Paper presented at the 1º Congresso Internacional de Parentalidade do Instituto de Psicologia e Neuropsicologia do Porto, Porto.
- Evans, T., Whittingham, K., & Boyd, R. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant Behavior and Development, 35*(1), 1-11.
- Feeney, J., & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F., Kuint, J., & Eidelman, A. I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatric, 40*(6), 929-939.
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). A bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo, 12*(2), 305-313.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica, 20*(2), 203-217.
- Florian, V., Mikulincer, M., & Buchltz, I. (1995). Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *Journal of Psychology, 129*(6), 665-676.
- Fonseca, M., Soares, I., & Martins, C. (2006). Estilos de vinculação, orientação para o trabalho e relações profissionais. *Psicologia em Estudo, 20*(1), 187-208.

- 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, 21-26.
- Fraga, D. A. d., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2008). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 33-41.
- Fraga, I. T. G., & Pedro, E. N. R. (2004). Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: Implicações para a enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25(1), 89-97.
- Gaíva, M. A. M., & Ferriani, M. d. G. C. (2001). Prematuridade: vivências de crianças e familiares. *Acta Paulista de Enfermagem*, 14(1), 17-27.
- Gill, G. (2007). Premature labor and the premature baby: Psychological and social consequences. In J. Cockburn & M. E. Pawson (Eds.), *Psychological challenges in obstetrics and gynecology* (pp. 121-130). London: Springer.
- Goldberg, S. (2000). Introduction. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. New Jersey: The Analytic Press.
- Gomes, K., Sousa, A. M. M., Mamede, F. V., & Mamede, M. V. (2010). Indução do trabalho de parto em primíparas com gestação de baixo risco. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 12(2), 360-366.
- Gonçalves, M. P. S. (2003). *Estudo sobre as necessidades sentidas pelas mães de bebês prematuros na Unidade de Neonatologia*. Universidade do Porto, Porto.

- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes on adulthood* (Vol. 5, pp. 17-52). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Guedeney, N. (2004). Conceitos-chave da teoria da vinculação. In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds.), *Vinculação: Conceitos e aplicações* (pp. 33-43). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp. 336-354). New York: The Guilford Press.
- Hoghugh, M. (2004). Parenting - An introduction. In M. Hoghugh & N. Long (Eds.), *Handbook of parenting: Theory and research for practice* (pp. 1-18). Londres: SAGE Publications.
- Hughes, M.-a., McCollum, J., Sheftel, D., & Sanchez, G. (1994). How parents cope with the experience of Neonatal Intensive Care. *Children's Health Care*, 23(1), 1-14.
- Jackson, K., Ternstedt, B.-M., & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: Experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 120-129.
- Kisida, N., Holditch-Davis, D., Miles, M. S., & Carlson, J. (2001). Unsafe caregiving practices experienced by 3-year-old children born prematurely. *Pediatric Nursing*, 27(1), 13-24.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2006). Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 277-284.
- Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., et al. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of

- mother-infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 33, 330-336.
- Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J., et al. (2009). Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 32, 305-311.
- Lau, R., & Morse, C. A. (2003). Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery. *Stress and Health*, 19, 69-78.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee, I., Norr, K. F., & Oh, K. (2005). Emotional adjustment and concerns of korean mothers of premature infants. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 42, 21-29.
- Linhares, M. B. M., Chimello, J. T., Bordin, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2005). Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças nascidas pré-termo em comparação com crianças nascidas a termo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 109-117.
- Madu, S. N., & Roos, J. J. (2006). Depression among mothers with preterm infants and their stress-coping strategies. *Social Behavior and Personality*, 34(7), 877-890.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística: Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martinet, S. (2008). A Prematuridade. In F. Bayle & S. Martinet (Eds.), *Perturbações da parentalidade* (pp. 113-120). Lisboa: Climepsi.
- Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2007). *Análise de dados com SPSS - Primeiros passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Matos, P. M., & Costa, M. E. (1996). Vinculação e processos desenvolvimentais nos jovens e adultos. *Cadernos de Psicologia*, 12, 45-54.

- McCormick, M. C., Lott, J. S., Smith, C. C., & Zupanic, J. A. F. (2011). Prematurity: An overview and public health implications. *Annual Review of Public Health, 32*, 367-379.
- 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.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto.
- Mendonça, M., Sousa, R., & Magalhães, R. (2003). Factores de risco psicológico e nascimento pré-termo. *Psiquiatria Clínica, 23*(3), 211-222.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford Press.
- Morais, A. C., Quirino, M. D., & Alemeida, M. S. (2009). Home care of the premature baby. *Acta Paulista de Enfermagem, 22*(1), 24-30.
- Nicolaou, M., Rosewell, R., Marlow, N., & Glazebrook, C. (2009). Mothers' experiences of interacting with their premature infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*(2), 182-194.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. New York: Open University Press.
- Palmer, S., & Puri, A. (2006). *Coping with stress at university: A survival guide*. Londres: SAGE Publications.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(1), 126-135.

- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 3-23). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Paulino, M., & Godinho, J. (2009). Perturbações da ansiedade. In J. C. D. Cordeiro (Ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 445-486). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pedespan, L. (2004). Attachement et prématurité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 32, 716-720.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Piccinini, C. A., Ferrari, A. G., Levandowski, D. C., Lopes, R. S., & Nardi, T. C. d. (2003). O bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas. *Interações*, 8(16), 81-108.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T. D., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e constitui o da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Pinto, I. D., Padovani, F. H. P., & Linhares, M. B. M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o beb  prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 75-83.
- Ramos, H.  . d. C., & Cuman, R. K. N. (2009). Fatores de risco para prematuridade: Pesquisa documental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 297-304.
- Ren, Z., Wang, D., Yang, A., Li, M., & Higgins, L. T. (2011). Implicit and explicit measures of adult attachment to mothers in a chinese context. *Social Behavior and Personality*, 39(5), 701-712.

- Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (2004). Attachment theory: Basic concepts and contemporary questions. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, reasearch and clinical implications* (pp. 3-14). New York: The Guilford Press.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Sales, C. A., Vrecchi, M. R., Mikuni, P. K., Ferreira, E. A., Andrade, V. C. C., Godoy, A. V., et al. (2005). Vivenciando a facticidade em dar existência a filho prematuro: Compreensão dos sentimentos expressos pelas mães. *Acta Scientiarum Health Science*, 27(1), 19-23.
- Schepers, S., Dekovic, M., Feltzer, M., Kleine, M. d., & Baar, A. v. (2012). Drawings of very preterm-born children at 5 years of age: A first impression of cognitive and motor development? *European Journal of Pediatrics*, 171, 43-50.
- Scochi, C. G. S., Kokuday, M. d. L. d. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: As intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(4), 539-543.
- Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2009). Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 193-204.

- Setúbal, M. S. V. (2009). Relato da história da inserção e evolução do atendimento psicológico a bebês e suas famílias em uma Unidade de Neonatologia. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(3), 340-344.
- Shaver, P. R., & Mikilincer, M. (2009). An overview of adult attachment theory. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work* (pp. 17-45). New York: The Guildford Press.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 3-32). Nova Iorque: The Guildford Publications.
- Stern, D. (1980). *Bebé-mãe: Primeira relação humana*. Lisboa: Moraes Editores.
- Stern, M., & Hildebrandt, K. A. (1986). Prematurity stereotyping: Effects on mother-infant interaction. *Child Development*, 57, 308-315.
- Suppo, L. M., & Rugolo, S. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, 81(1), 101.
- Szijarto, S. G., Guex, M. F., Borghini, A., Piorrehumbert, B., Ansermet, F., & Nix, C. M. (2009). État de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés: Similitudes et différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 385-391.
- Tap, P., Costa, E. S., & Alves, M. N. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC): Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 47-56.
- Taubman-Ben-Ari, O., Findler, L., & Kuint, J. (2010). Personal growth in the wake of stress: The case of mothers of preterm twins. *The Journal of Psychology*, 44(2), 185-204.
- Telles-Correia, D., Mega, I., Barbosa, A., Barroso, E., & Monteiro, E. (2008). Coping nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 141-148.

- Tideman, E., Nilsson, A., Smith, G., & Stjernqvist, K. (2002). Longitudinal follow-up of children born preterm: the mother-child relationship in a 19-year perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(1), 43-56.
- Tronchin, D. M. R., & Tsunehiro, M. A. (2005). A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 49-54.
- Udry-Jorgensen, L., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Ansermet, F., et al. (2011). Quality of attachment, perinatal risk, and mother-infant interaction in a high-risk premature sample. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 305-318.
- Vasconcelos, L., & Petean, E. B. L. (2009). O impacto da malformação fetal: Indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 69-82.
- Veddovi, M., Kenny, D. T., Gibson, F., Bowen, J., & Starte, D. (2001). The relationship between depressive symptoms following premature birth, mothers' coping style, and knowledge of infant development. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(4), 313-323.
- Veiga, E., & Simões, M. J. (2012). *Prematuridade e parentalidade: Um estudo de follow-up*. Paper presented at the 1º Congresso Internacional de Parentalidade do Instituto de Psicologia e Neuropsicologia do Porto, Porto.
- Véras, R. M., Vieira, J. M. F., & Morais, F. R. R. (2010). A maternidade prematura: O suporte emocional através da fé e da religiosidade. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 325-332.

Viana, V., Maia, T., Ramos, M., Mendes, F., & Guimarães, H. (2005). Apoio psicológico às mães no Serviço de Neonatologia do Hospital de São João - Porto. *Arquivos de Medicina*, 19(3), 91-96.

Wills, T. A., Blechman, E. A., & McNamara, G. (1996). Family support, coping, and competence. In E. M. Hetherington & E. A. Blechman (Eds.), *Stress, coping, and resiliency in children and families* (pp. 107-133). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Anexos