



INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN UN MUNDO EN CRISIS Y CAMBIO

**CUIDADOS RECEBIDOS NA INFÂNCIA E INVESTIMENTO PARENTAL
EM MÃES DE BEBÉS PRÉ-TERMO**

Eva Sousa Freitas
evahsfreitas@gmail.com

Fecha de recepción: 23 de enero de 2012

Fecha de admisión: 15 de marzo de 2012

RESUMO

Objectivo: Articular a qualidade do investimento realizado pelas mães que viveram um parto pré-termo relativamente às suas crianças com as memórias das relações estabelecidas com as figuras parentais nas suas infâncias.

Instrumentos: *Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, Escala de Satisfação com o Suporte Social, Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal, Parental Bonding Instrument e a Escala de Investimento Parental na Criança.*

Hipóteses: Foram testadas quatro hipóteses que relacionavam a Satisfação com o Suporte Social, a Satisfação Conjugal e o Cuidado e Superprotecção Parentais com (H1) a Aceitação do Papel Parental, com (H2) o Prazer no Papel Parental, com (H3) o Conhecimento e a Sensibilidade perante as Necessidades da Criança e com (H4) o Investimento Parental Total.

Resultados: H1, H2 e H4 foram parcialmente confirmadas, destacando-se particularmente a contribuição das memórias relativas à superprotecção do pai. H3 não foi confirmada mas mostrou que as variáveis obstétricas desempenham um papel importante nesta temática.

Conclusão: Os dados obtidos permitem concluir que as recordações relacionadas com os cuidados recebidos na infância, por parte das figuras parentais, parecem influenciar positivamente a qualidade do investimento parental exercido pelas mães das crianças nascidas pré-termo.

Palavras-chave: investimento parental; memórias dos cuidados recebidos na infância; parto pré-termo; superprotecção do pai e variáveis obstétricas.

ABSTRACT

Objective: To articulate the quality of parental investment towards children by mothers who experienced a preterm delivery with their memories of relations established with their parental figures during childhood.

Instruments: *Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Satisfaction with Social Support Scale, Satisfaction in Areas of Married Life Scale, Parental Bonding Instrument and the Parental Investment in Child Scale.*



CUIDADOS RECEBIDOS NA INFÂNCIA E INVESTIMENTO PARENTAL EM MÃES DE BEBÉS PRÉ-TERMO

Hypotheses: Four hypotheses were tested relating Satisfaction with Social Support, Marital Satisfaction, Parental Care and Overprotection to (H1) Acceptation of Parental Role, to (H2) Pleasure Concerning the Parental Role Performance, to (H3) Knowledge and Sensitivity while Facing Children Needs and to (H4) Total Parental Investment.

Results: Hypotheses H1, H2 and H4 were partially confirmed, with a particularly important contribution from memories related to father's overprotection. H3 was not confirmed but showed that obstetrical variables play a very important role in this area.

Conclusion: Data obtained showed that memories related to care received during childhood appear to influence the quality of parental investment in children born pre-term.

Keywords: parental investment, memories of care received in childhood; preterm delivery; father's overprotection and obstetrical variables.

INTRODUÇÃO

O tornar-se mãe e o relacionar-se com o seu bebé envolve mudanças significativas na vida da mulher. É uma transição que começa na gestação e se prolonga até aos primeiros anos de vida da criança. Muitos autores têm destacado que os primeiros encontros entre a mãe e o recém-nascido determinam a natureza das suas relações posteriores, sendo estabelecidos, nesta época, os padrões individuais de interacção, os quais passariam a ser relativamente duradouros (Brazelton, & Cramer, 1992).

O acto de separar o bebé da sua mãe logo após o parto possui um significado maior do que o que se pensava no passado. A sensação de perda que ocorre na mulher depois do parto é consequência do período realmente gratificante que ocorre quando a mãe carrega o bebé dentro de si, sendo que a separação pode ter implicações bastante negativas, pois este é um período sensível para a vinculação (Lebovici, 1987).

É hoje consensual que a formação do vínculo mãe-bebé começa antes da gravidez. Em primeiro lugar, o planeamento da gestação, em seguida a vivência da gestação (que consiste na confirmação da gravidez e na sua aceitação) e, após o início da percepção dos movimentos fetais, começar a aceitar o feto como um ser autónomo. Como continuação deste processo, temos o parto, o nascimento e o após o nascimento, quando olhar, tocar, cuidar e aceitar o bebé actuam como elementos indispensáveis à construção da nova identidade de um indivíduo independente.

Além dos factores mencionados, o nascimento de um filho requer uma revisão psíquica profunda da família. Para cada um dos pais, este acontecimento apresentar-se-á de forma diferente, de acordo com a sua própria história enquanto bebé. Desta forma, quando uma gravidez e o nascimento de um filho ocorrem, poderá acontecer uma actualização da experiência infantil dos pais (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007).

No caso de um nascimento pré-termo, a impossibilidade de a gestante chegar ao final do terceiro trimestre de gravidez (o momento em que estaria mais preparada para o nascimento do bebé) acaba por provocar uma situação complexa para estas mulheres, que têm de enfrentar uma gestação interrompida e confrontar-se com um bebé frágil (Lebovici, 1987). Este acontecimento faz com que ocorra uma mudança traumática do estado de gestante para o estado maternal. Lebovici (1987) refere que o parto pré-termo agrava a dor associada à separação mãe-feto que ocorre com todas as mães no parto.

Em vários estudos, foi verificado que as mães de recém-nascidos pré-termo precisam de se adaptar a um bebé que não preenche as suas expectativas de bebé ideal e cujo nascimento pode precipitar uma situação de crise (Chatwin, & Macarthur, 1993). Klaus e Kennell (1992) destacaram que um dos motivos dessa crise é o facto de a mãe se deparar com um bebé diferente do idealizado, deparando-se então com o bebé real. Nesta altura, a mãe pode apresentar uma reacção de luto pelo filho idealizado que não teve, necessitando de tempo e apoio para que possa aceitar o seu filho real.



INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN UN MUNDO EN CRISIS Y CAMBIO

Perante este aspecto, o parto pré-termo pode activar, na mãe, fantasias de que o seu interior é perigoso e hostil para o bebé que ali se encontra. Pode acontecer, ainda, o inverso, em mães com funcionamento mais projectivo, que consideram o bebé como responsável pela sua infelicidade. Dentro desta perspectiva, as mães sentem-se excluídas do que seria uma experiência gratificante depois de meses de gravidez e o que deveria ser uma lenta transição acaba por ser uma passagem brusca e os primeiros contactos mãe-bebé podem vir a ser prejudicados (Lebovici, 1987). Assim, percebe-se nesta mães que as angústias esperadas para esta fase são mais acentuadas e o desafio imposto é ainda maior, pois além de terem que lidar com o luto pelo filho imaginário, necessitam, também, de trabalhar a sua culpabilidade pelo nascimento prematuro do filho, pelo seu risco de morte e pela separação precoce (Wirth, 2000). Vários estudos que têm acompanhado diádes pré-termo têm destacado as dificuldades destas mães no estabelecimento do vínculo inicial, uma vez que o nascimento de um bebé pré-termo é um choque afectivo que pode ser vivido de forma dolorosa e traumatizante (Mendelsohn, 2005).

Em relação ao impacto de dar à luz um bebé nascido de pré-termo, Mendelsohn (2005) sugere que a capacidade materna de pensar poderá ficar extremamente prejudicada, o que poderá trazer ainda mais stress a um bebé cuja saúde já está comprometida. Pode-se pensar que o trauma atinge tanto a mãe quanto o bebé, neste contexto. Aquela autora ilustrou o quanto é difícil para a mãe dar sentido, não só ao comportamento do bebé que se encontra dentro da incubadora, mas a todas as expectativas relativamente à maternidade, muitas da própria mãe, outras do pai e também de outras pessoas significativas. A mãe poderá sentir-se derrotada e culpada, o que pode impedi-la de pensar e prestar atenção ao seu bebé. Algumas destas mães podem apresentar sintomas semelhantes àqueles encontrados no Transtorno de Stress Pós-Traumático: evitam lembranças traumáticas e apresentam hipervigilância. Assim, estas mães podem evitar qualquer tipo de lembrança do seu bebé, mantendo-se longe dele e da UCIN. Neste sentido, muitas mães, quando visitam os seus bebés, podem parecer distantes ou vagas e, mesmo ficando longos períodos sentadas ao lado da incubadora, não conseguem demonstrar nenhum tipo de emoção. Existem, em oposição às descritas acima, aquelas mães que permanecem vigilantes ao lado do bebé, alerta e com sentimentos difusos, principalmente em relação à morte do filho (Mendelsohn, 2005). Esta autora acrescentou que as mães traumatizadas, nos dois casos, acabam por ter muita dificuldade em compreender a individualidade do seu bebé, o seu comportamento e as suas necessidades. Por fim, destaca que, nem todas as mães sofrerão de maneira traumática o nascimento do seu bebé nascido pré-termo, enfatizando que a reacção das mães vai variar bastante e dependerá dos diferentes aspectos que formam o seu mundo interno e externo.

Niven, Wiszniewski e Alroomi (1993), num estudo realizado com mães pré-termo inglesas, concluíram que a maioria das dificuldades maternas para desenvolver a ligação ocorreu durante o internamento, especialmente no período pós-natal. Entre os factores mencionados pelas mães como não facilitadores do estabelecimento da ligação, destacaram-se: choque, medo a respeito da sobrevivência do bebé, sentimentos de culpa e de perda, assim como ideação de que o bebé não pertence realmente à mãe em causa. Na maioria dos casos, as dificuldades envolvendo a ligação com o bebé, aparentemente, desapareceram com a ida do filho para casa. Nos restantes casos demonstraram baixos níveis de ligação materna, o que foi atribuído à falta de apoio e ao stress vivido durante a hospitalização. Os bebés destas mães eram menores e menos responsivos do que a média dos outros bebés do estudo.

Muitos autores defenderam a teoria de que, durante o período de internamento do bebé, os pais tendem a lutar e a desenvolver novos recursos (Kennell, & Klaus, 1992). De acordo com Mazet e Stoleru (1990), a prematuridade de uma criança não constitui em si uma condição prejudicial para o estabelecimento do vínculo.

A partir dos pressupostos apontados até ao momento, para haver qualquer tipo de comunicação da mãe com o seu bebé nascido pré-termo, será necessário um gasto de energia muito maior por



CUIDADOS RECEBIDOS NA INFÂNCIA E INVESTIMENTO PARENTAL EM MÃES DE BEBÉS PRÉ-TERMO

parte da diáde. A imaturidade e precariedade que envolve o estado geral do bebé, a distânciaposta pelo internamento e o facto de este bebé ser muito diferente do idealizado pela mãe durante a gestação, são alguns dos factores destacados pela literatura que dificultam o vínculo. Assim, a prematuridade é tanto do bebé como da sua mãe, que se depara com a antecipação da sua função materna e ainda tem que encontrar forças internas para enfrentar esta situação difícil. Segundo Rabaouam e Morales-Huet (2003), a percepção materna acerca do bebé é mais importante que qualquer outra característica do bebé, sendo esta a principal influência nos cuidados que a mãe dispensará ao filho, formando, a partir daí, uma interacção dual, na qual uma tem influência sobre a outra.

Para além do risco de saúde do bebé pré-termo, é importante considerar outros factores que podem contribuir para o desenvolvimento da vinculação do bebé. Os efeitos do nascimento pré-termo (e os seus riscos biomédicos associados), enquanto factores de risco para uma vinculação insegura, podem ser moldados por factores maternos, tais como as representações maternas das relações de vinculação passadas e actuais. Goldberg (1988) sugeriu que os factores maternos podem exercer uma maior influência na determinação da vinculação do bebé do que os factores de risco de saúde do bebé. Desta forma, van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg e Frenkel (1992) concluíram que a mãe desempenha um papel mais importante do que o bebé no desenvolvimento da relação de vinculação com o bebé. Um cuidador sensível, que tenha uma história positiva de ligação e que tenha uma visão equilibrada da sua relação de vinculação com o seu bebé pode ser capaz de superar os desafios impostos pelas necessidades especiais de um bebé pré-termo. Este tipo de mães pode, realmente, promover uma vinculação segura no seu bebé.

O estudo de Cox, Hopkins e Hans (2000) demonstra a importância das representações maternas da vinculação como antecedentes influentes da vinculação do bebé, numa amostra de bebés pré-termo. Os resultados do estudo sugerem que, não só o nível de risco neo-natal destes bebés, mas também as representações maternas do bebé, podem contribuir para a variabilidade nas distribuições dos estilos de vinculação do bebé numa amostra de recém-nascidos pré-termo. A perspectiva de vinculação dos pais é, de facto, um importante contributo para o desenvolvimento da vinculação nestes bebés.

MÉTODO

Objectivo e Hipótese Geral

O objectivo principal foi discutir a hipótese geral de que “*O desempenho da função parental é influenciado pelas recordações das relações precoces vividas pelas mães de bebés pré-termo.*”

Participantes

A nossa amostra, composta por mães de bebés que tivessem nascido pré-termo (idade gestacional 37 semanas), foi recolhida nas várias consultas do Serviço de Pediatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora/Sintra, Portugal. Estas crianças no momento da recolha da amostra tinham idades cronológicas compreendidas entre os 12 e os 24 meses.

Após ter sido obtida a autorização formal da Comissão de Ética do Hospital, foi iniciada a recolha da amostra com as mães pré-termo que frequentavam as Consultas, anteriormente mencionadas, tendo sido conseguida uma amostra final de $N = 30$ (*Midade* = 33.0 anos, *SD* = 5.18, *Min* = 21 e *Máx* = 40). Em todos os casos foi obtido consentimento informado escrito.

Procedimento

Foi preenchido em conjunto com a participante, um Questionário Sócio-Demográfico e Clínico. Por fim, foi-lhe entregue um protocolo com quatro questionários e explicada a forma de preen-



INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN UN MUNDO EN CRISIS Y CAMBIO

chimento de cada um. Destes questionários, constavam as escalas destinadas à testagem das hipóteses específicas.

Instrumentos

A Escala de Satisfação com o Suporte Social, ESSS (Ribeiro, 1999) é composta por 15 frases que são respondidas numa escala de tipo Likert com cinco posições de resposta variando entre “Concordo Totalmente” e “Discordo Totalmente”. Permite extrair quatro factores e ainda a obtenção de uma pontuação global. Na nossa investigação apenas será usada a pontuação global.

A Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal, EASAVIC (Narciso & Costa, 1996) é composta por 44 itens que são cotados numa escala de tipo Likert de seis pontos, variando de “Nada Satisffeito” a “Completamente Satisffeito”. Obtém-se oito escalas finais, inclusive uma escala global. Neste estudo será utilizada apenas a escala global.

O Parental Bonding Instrument, PBI, adaptado para a população portuguesa por Geada (2003), é constituído por 25 itens distribuídos por duas dimensões, Cuidado e Superprotecção. As respostas são dadas separadamente para o pai e para a mãe. A escala utilizada é do tipo Likert (0-3) variando entre Nunca/quase nunca e Sempre/quase sempre”. No nosso estudo são usadas as duas sub-escalas para a mãe e as duas sub-escalas para o pai.

A Escala de Investimento Parental na Criança, EIPC, adaptada para a população portuguesa por Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos (2008), é constituída por 19 itens cotados numa escala do tipo Likert com 4 pontos, variando desde “Concordo fortemente” a “Discordo fortemente” e destinada a avaliar o investimento socioemocional dos pais em relação aos seus filhos. Apresenta três factores distintos e ainda a pontuação global da Escala. Nesta investigação serão usadas as três sub-escalas (Aceitação do Papel Parental, Prazer, Conhecimento e Sensibilidade) além da escala global.

Hipóteses Específicas

Face ao objectivo anteriormente referido formularam-se as seguintes hipóteses:

H1: A Satisfação com o Suporte Social, a Satisfação Conjugal e o Cuidado e Superprotecção Parentais são preditores significativos da Aceitação do Papel Parental.

H2: A Satisfação com o Suporte Social, a Satisfação Conjugal e o Cuidado e Superprotecção Parentais são preditores significativos do Prazer.

H3: A Satisfação com o Suporte Social, a Satisfação Conjugal e o Cuidado e Superprotecção Parentais são preditores significativos do Conhecimento/Sensibilidade.

H4: A Satisfação com o Suporte Social, a Satisfação Conjugal e o Cuidado e Superprotecção Parentais são preditores significativos do Investimento Parental Total.

RESULTADOS

Para realizar a testagem das nossas hipóteses, optámos por utilizar a Análise de Regressão. Nesta análise a variável dependente será o Investimento Parental na Criança, as variáveis independentes dizem respeito às Variáveis sócio-demográficas e Clínicas, a EASAVIC, o ESSS e o PBI. Como a variável Investimento Parental na Criança tem quatro escalas, a Análise de Regressão foi efectuada separadamente para cada uma destas medidas. Foi detectada a existência de multicolinearidade devida à presença simultânea dos dados da EASAVIC e dos dados da ESSS. Por consequência, a Análise de Regressão acabou por ser realizada com dois modelos distintos para cada variável do Investimento Parental na Criança (ver Tabela 1 e Tabela 2, para modelos de testagem). Outros pormenores relativamente a esta análise podem ser consultados em Freitas, 2011.



CUIDADOS RECEBIDOS NA INFÂNCIA E INVESTIMENTO PARENTAL EM MÃES DE BEBÉS PRÉ-TERMO

1º Passo	2º Passo	3º Passo	4º Passo
Dados sócio-demográficos da mãe	Dados da Gravidez e Parto	Dados do Bebé	Cuidado e Superprotecção Parentais e EASAVIC

Tabela 1. Modelo 1

1º Passo	2º Passo	3º Passo	4º Passo
Dados sócio-demográficos da mãe	Dados da Gravidez e Parto	Dados do Bebé	Cuidado e Superprotecção Parentais e ESSS

Tabela 2. Modelo 2

Testagem de H1: No Modelo 1, os quatro passos do nosso modelo são responsáveis por 78,3% do valor da *Aceitação do Papel Parental*. O contributo dado pelo quarto passo deste modelo ($p = .040$) é o único significativo, onde pela primeira vez foram introduzidas a *Satisfação Conjugal Global* da EASAVIC e as dimensões do PBI. Numa análise mais aprofundada, relativamente às variáveis psicométricas adicionadas, a que apresenta um maior poder explicativo na *Aceitação do Papel Parental* é a dimensão *Superprotecção do Pai* ($p = .013$) (ver Tabela 3, para Análise de Regressão para o Modelo 1 – Aceitação do Papel Parental).

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Acréscimo de R ²	Significância de Acréscimo	
1	.371	.137	.000	.137	.428	
2	.562	.316	.098	.179	.157	
3	.714	.510	.211	.194	.176	
4	.885	.783	.515	.272	.040	

Tabela 3. Análise de Regressão para o Modelo 1 – Aceitação do Papel Parental

No Modelo 2, os quatro conjuntos de variáveis introduzidos conseguem explicar 76.9% da variância da *Aceitação do Papel Parental* na amostra. Apenas o quarto passo aumentou o poder preditivo, embora não significativo. Quando analisamos este modelo mais pormenorizadamente, no quarto passo, mais uma vez, a variável *Superprotecção do Pai* ($p = .020$) apresenta-se com grande poder explicativo da variável *Aceitação do Papel Parental*. Resumindo, podemos dizer que a Hipótese 1 parece ter ficado parcialmente confirmada.



INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN UN MUNDO EN CRISIS Y CAMBIO

Testagem de H2: No Modelo 1, pudemos verificar que a totalidade das variáveis introduzidas permite explicar 86.9% da variância total dos níveis de *Prazer* relativamente ao papel parental reportados pelas mães da amostra. Também, é de realçar que o único acréscimo significativo para a predição destes valores é proporcionado pelo quarto passo, constituído ($p = .001$) pelas dimensões *Cuidado* e *Superprotecção Parentais* e a *Satisfação Conjugal Global*. Quando foram acrescentadas as variáveis psicométricas, a variável *Superprotecção do Pai* ($p = .003$), mais uma vez, desempenha um papel importante, desta vez em relação aos níveis de *Prazer* no investimento parental. No Modelo 2, o conjunto dos passos introduzidos constitui 86.8 % da explicação. Apenas o acréscimo do quarto passo (*PBI* e *ESSS*), se constitui como significativo para este modelo ($p = .001$). Decompondo os passos do modelo, no quarto passo, o *tipo de parto* assumiu-se como significativo ($p = .020$), bem como a *Superprotecção do Pai* ($p = .001$). Concluindo, podemos dizer que a segunda hipótese parece ter sido parcialmente confirmada.

Testagem de H3: não se verifica nenhum aumento significativo do poder explicativo do *Conhecimento* e *Sensibilidade* parentais; a totalidade das variáveis aqui introduzidas consegue explicar apenas 67.8% do efeito dos resultados obtidos. Apenas os *dados relativos à gravidez e ao parto* oferecem uma tendência interessante para um poder explicativo, não podendo, no entanto, ser considerada significativa. Observando todas as variáveis introduzidas, é possível ver, num segundo momento a variável *tipo de parto* ($p = .035$) com maior poder explicativo e significativo. Para o Modelo 2, tal como no Modelo 1, não se verificou nenhum aumento significativo do poder explicativo do *Conhecimento* e *Sensibilidade* parentais; os quatro conjuntos de variáveis aqui introduzidos conseguem explicar apenas 68.7% do modelo. Unicamente os *dados relativos à gravidez e parto* oferecem uma propensão interessante para um poder explicativo, não podendo, no entanto, ser considerado significativo. Numa análise mais pormenorizada ao segundo grupo de variáveis, aparece uma variável com poder explicativo e significativo, o *tipo de parto* ($p = .035$). Com estes resultados, podemos concluir que a Hipótese 3 foi totalmente infirmada.

Testagem de H4: Os quatro grupos de variáveis deste modelo explicam 82.4% do valor do *Investimento Parental Total na Criança*, sendo que apenas o quarto parece ter permitido um aumento significativo na explicação da variável dependente. Analisando mais pormenorizadamente, podemos verificar que no último passo, onde foram acrescentadas as variáveis psicométricas, podemos observar que as variáveis com poder explicativo mais significativo do *Investimento Parental Total*, são o *tipo de parto* ($p = .014$), o *número de dias de internamento do bebé na UCIN* ($p = .033$) e a dimensão *Superprotecção do Pai* ($p = .007$). Verificamos, então, que a *Satisfação Conjugal Global* não apresenta um valor significativo na explicação do *Investimento Parental Total*.

Para o Modelo 2 os valores são iguais aos do primeiro modelo. Os quatro momentos do modelo explicam 82.4% do valor do *Investimento Parental Total*, mas é somente no último passo que se verifica um aumento significativo na explicação da variável dependente ($p = .014$).

Analizando mais detalhadamente, podemos apurar que com a introdução das variáveis psicométricas, a única variável com influência significativa é a dimensão *Superprotecção do Pai* ($p = .007$). Na sequência destes resultados, a quarta hipótese parece ter ficado parcialmente confirmada.

CONCLUSÃO

No geral, a forma como pais e mães reagem à situação de prematuridade dos filhos dependerá de características pessoais, mas certamente também das suas próprias percepções acerca dos filhos, sem excluir a importância do contexto social e familiar dos pais. Deste modo, compreende-se a influência da prematuridade, e das características de saúde dos bebés e dos riscos associados, quer na forma como as mães reagem ao acontecimento do nascimento pré-termo de um filho, quer nas estratégias que utilizam para confrontar este mesmo acontecimento. É, por isso, de extrema



CUIDADOS RECEBIDOS NA INFÂNCIA E INVESTIMENTO PARENTAL EM MÃES DE BEBÉS PRÉ-TERMO

importância que estes pais possam sentir-se apoiados pelos cônjuges, familiares e rede social (Barry & Singer, 2001), a fim de aumentarem a confiança na sua capacidade para serem pai ou mãe. Para além dos factores mencionados acima, não podemos deixar de referir a importância da percepção das memórias dos cuidados recebidos na infância no exercício da parentalidade. Vários estudos, usando o *Adult Attachment Interview*, concluíram que, quando as representações do adulto não são congruentes com as experiências de vinculação precoces (e.g., quando um adulto com experiências negativas da infância tem uma vinculação relacionadas com as representações seguras), é a representação, mais que a verdadeira experiência da infância, que está relacionada com a qualidade da vinculação dos filhos e, presumivelmente, com a qualidade do investimento parental (Pearson, Cohn, Cowan, & Cowan, 1994).

REFERÊNCIAS

Barry, L. M., & Singer, G. (2001). Reducing maternal psychological distress after the NICU experience through journal writing. *Journal of Early Intervention*, 24, 287 – 297. doi: 10.1177/105381510102400404

Brazelton, T. B., Cramer, B.G.(1993). *A Relação mais Precoce*. Lisboa: Terramar

Chatwin, S. L., & Macarthur, B.A. (1993). Maternal perceptions of the preterm infant. *Early Child Development and Care*, 87, 69-82. doi: 10.1080/0300443930870107

Cox, S. M., Hopkins, J., Hans, S.L. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: neonatal risk status and maternal representations. *Infant mental health journal*, 21, 464 – 480.

Ferrari, A.G., Piccinini, C.A., & Lopes, R.S. (2007). O bebé imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em estudos*, 12.

Freitas, E. (2011). *A Importância das Memórias dos Cuidados Recebidos na Infância e a Qualidade do Investimento Parental em MÃes de Bebés Pré-Termo*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Gameiro, S., Martinho, B., Canavarro, M. C., Moura-Ramos, M., (2008). Estudos Psicométricos da Escala de Investimento Parental na Criança. *Psychologica*, 48,77-99.

Geada, M. L. (2003, Julho). *The role of parental bonding experiences on coping abilities development*. 24th International Conference on Stress an Anxiety. Lisboa: Portugal.

Goldberg, S. (1988). Risk factors in infant–mother attachment. *Canadian Journal of Psychology*, 42, 173 – 188. doi: 10.1037/h0084182

Klaus, M.H., & Kennel, J.H. (1992). *Pais/bebé: a formação do apego*. Porto Alegre: Artmed.

Lebovici, S. (1987). O bebé, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artmed.

Mendelsohn, A. (2005). Recovering reveri: using infant observation in interventions with traumatized mothers and their premature babies. *Infant Observation*, 8, 195-208. doi: 10.1080/13698030500375693

Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). Situações clínica frequentes. Manual de psicopatologia do recém-nascido (263-280). Porto Alegre: Artmed.

Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130. Obtido de: <http://hdl.handle.net/10216/40712>

Niven, C., Wiszniewski, C., & Alroomi, L. (1993). Attachment (bonding) in mothers of pre-term babies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 175-185. doi: 10.1080/02646839308403214

Pearson, J., Cohn, D., Cowan, P., & Cowan, C. P. (1994). Earned and continuous security in adult attachment: Relation to depressive symptomatology and parenting style. *Development and Psychopathology*, 6, 359–373.



INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN UN MUNDO EN CRISIS Y CAMBIO

Rabouam, C., Morales-Huet, M. (2003). Cuidados parentais e vinculação. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Eds.), *Vinculação: conceitos e aplicações* (pp. 71-85). Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, 547-558.

van IJzendoorn, M.H., Goldberg, S., Kroonenberg, P.M., & Frenkel, O.J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858.

Wirth, A.F. (2000). Aplicação do método de observação de bebés na UTI Neonatal, In: Caron, N.A. (Ed). *A relação pais-bebé, da observação à clínica* (207-232). São Paulo: Casa do Psicólogo.



International Journal of Developmental and Educational Psychology

Infancia y adolescencia en un mundo de crisis y cambio

INFAD, año XXIV
Número 1 (2012 Volumen 1)

© INFAD y sus autores
ISSN 0214-9877