

Prematuridade e maus tratos à criança^(*)

ELIZABETE LOUREIRO^(**) e BÁRBARA FIGUEIREDO^(***)

RESUMO

Muito embora se saiba que a prematuridade é um importante factor de risco no desenvolvimento do bebé, pouco sabemos acerca dos mecanismos pelos quais tal acontece. Com vista a estimar o impacto da prematuridade na circunstância de a criança poder vir a ser maltratada pelos pais, uma amostra de 82 mães e 80 pais foi estudada nas seguintes dimensões: percepções e expectativas a respeito do bebé (antes e depois do nascimento do bebé), história de abuso, potencial de abuso, stress parental e ligação afectiva ao bebé. Os resultados mostram que há um risco aumentado de o bebé prematuro poder vir a ser maltratado pelos pais, bem como apontam para os mecanismos pelos quais esta circunstância pode vir a ocorrer.

ABSTRACT

Despite the knowledge that prematurity is an important risk factor in child development, little is known about the mechanisms through which this occurs. In order to estimate the impact of prematurity in the circumstances of the probability of a child being maltreated by his/her parents, 82 mothers and 80 fathers were studied in the following dimensions: perceptions and expectations towards the baby (before and after birth), history of abuse, abuse potential, parent stress and emotional attachment with the baby. Results prove that there is a higher risk for a premature baby to be maltreated by his/her parents, and furthermore, point out the mechanisms through which this circumstance may occur.

(*) Comunicação apresentada no 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa, 23, 24 e 25 de Fevereiro de 2000.

(**) Licenciada em Psicologia pela Universidade do Minho.

(***) Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

1. Introdução

As expectativas parentais de um parto normal e de um bebé saudável são violadas quando sucede um parto prematuro (Pederson, Bento, Chance, Evans, & Fox, 1998). Em vez de perspectivar a chegada do bebé a casa e a oportunidade de contactar com ele, os pais antecipam uma estadia prolongada no hospital e a possibilidade de surgirem complicações de saúde e repercussões adversas no desenvolvimento da criança. Embora estas circunstâncias não se verifiquem apenas quando o nascimento do bebé é prematuro, estão particularmente aumentadas neste caso.

Entre outros aspectos, o nascimento prematuro pode interferir particularmente no estabelecimento de uma interacção adequada entre os pais e o bebé, tendo em conta um conjunto de dimensões que dizem respeito quer aos pais quer aos bebés (Figueiredo, 1997). Com efeito, a interacção mãe-bebé observada nas díades em que o bebé é prematuro é menos adequada do que a interacção observada nas díades em que o bebé é de termo (Bakeman & Brown, 1980; Crawford, 1982; Divitto & Goldberg, 1979; Field, 1977, 1980; Lester, Hoffman & Brazelton, 1985; Zarling, Hirsh & Landry, 1988).

Muito embora os serviços de Neonatologia estejam cada vez mais atentos à necessidade de promover a aproximação dos pais ao bebé prematuro, observa-se neste caso uma inibição no contacto precoce dos pais com o bebé (Klaus & Kennel, 1976). Muitos pais de bebés prematuros apresentam níveis elevados de ansiedade, associados ao perigo de vida que o bebé corre (Darke & Goldeberg, 1994; Thompson, Oehler, Catlett & Johndrow, 1993), assim como níveis elevados de angústia, associados a sentimentos de culpa por não terem sido bons pais (Lebovici, 1983), que comprometem negativamente a sua conduta com o bebé. Por sua vez, os bebés nascidos antes do termo evidenciam atrasos e dificuldades comportamentais várias – como seja, reduzido repertório social, pouca disponibilidade interactiva e dificuldades de coordenação motora e de regulação homeostática – que também comprometem negativamente o intercâmbio com os pais (Field, 1980; Gardner & Landry, 1984; Lester *et al.*, 1985).

Em consequência de características presentes à nascença, às quais se associa o efeito de interacções menos adequadas com os pais, a maior parte dos estudos empíricos tem vindo a verificar o impacto negativo da prematuridade no desenvolvimento da criança, nomeadamente no estabelecimento de um padrão de vinculação inseguro com a mãe (Willie, 1991).

Hoje, acredita-se que o resultado da relação pais-filhos é determinado não apenas pelos pais, mas também pela criança. Assim sendo, podemos falar de influências bidireccionais e o efeito da criança nos cuidados providenciados pelos pais tem vindo a ser assinalado (Bell, 1968; Lewis & Rosenblum, 1974), especialmente na ocorrência de maus tratos (Belsky, 1986; Cicchetti & Rizley, 1981). Não obstante, segundo o modelo transaccional (Star, 1992) – um dos modelos mais relevantes e aceites na explicação da ocorrência de maus tratos – as características da criança deverão ser compreendidas como factores que podem contribuir, e não tanto como causas independentes, para os maus tratos. As características das crianças são perspectivadas como podendo aumentar o potencial maltratante dos pais, mas apenas quando estão presentes outros factores causais ou predictivos, tais como certas características parentais ou ambientais.

Muitas das circunstâncias que sucedem ao nascimento de um bebé prematuro podem, como importa igualmente assinalar, contribuir para o aumento do risco de cuidados menos adequados, incluindo maus tratos à criança, por parte dos pais. Essas circunstâncias, brevemente apresentadas nos parágrafos seguintes, têm a ver a) quer com o comportamento do bebé e as consequências directas deste sobre os pais, b) quer com as expectativas formadas pelos pais a partir do comportamento e aspecto do bebé, c) quer com dimensões que afectam o processo normal de estabelecimento da relação dos pais com o bebé, as quais decorrem do internamento do bebé em unidades de cuidado intensivo.

Nas primeiras semanas de vida, um bebé prematuro está menos desperto, é mais difícil de apaziguar, é mais débil e pode ser fisicamente menos atractivo, apresenta-se de forma mais passiva, é menos claro nos sinais relativos à sua disposição interactiva, oferece-se menos ao intercâmbio, tem

um baixo limiar de tolerância à estimulação e dá menos resposta às iniciativas interactivas dos pais do que um bebé que nasce de termo (DiVitto & Goldberg, 1979; Field, 1980; Gardner & Landry, 1994, Lester *et al.*, 1985). Por si só, este conjunto de disposições e condutas dificulta a acção da mãe para interagir e cuidar do bebé, nomeadamente para providenciar um nível adequado de estimulação ao bebé. Consequentemente, o bebé prematuro constitui um desafio muito maior, podendo ser fonte de dificuldade e de frustração para os pais, o que associado a outras circunstâncias pode originar cuidados menos adequados ou mesmo maus tratos à criança.

Alguns autores têm igualmente comentado que a ligação afectiva dos pais ao bebé (*"bonding"*) pode ser inibida por mecanismos que impedem o envolvimento afectivo e assim protegem os pais do sofrimento antecipado com a perda do bebé, os quais emergem perante a possibilidade de não sobrevivência do bebé (MacFarlane, 1977). Para além disso, quando é colocado numa incubadora, os pais usufruem menos do contacto com o bebé, nomeadamente do contacto corpo-a-corpo que Klaus e Kennell (1976) consideram fundamental na promoção da vinculação mútua. Desta feita, muitos estudos sugerem que o nascimento prematuro afecta significativamente o vínculo e atitudes parentais para com a criança, tanto quanto afecta a qualidade de vinculação que a criança estabelece com os pais.

O stress parental tem sido frequentemente apresentado como um possível antecedente dos maus tratos à criança, em sucessivas revisões da literatura sobre o assunto (Egeland, Breitenbucher & Rosenberg, 1980). A ansiedade e a depressão gerada nos pais, as exigências dos cuidados a prestar e as dificuldades em apaziguar o bebé prematuro, podem assim contribuir para que seja vítima de maus tratos. Mas o stress gerado pelo facto de a criança nascer prematura não decorre apenas de certos comportamentos da criança – tais como dificuldades alimentares ou choro aversivo (Frodi, 1990; Lester, 1984) – que exigem mais cuidados e podem tornar-se particularmente perturbadores para os pais (DiVitto & Goldberg, 1979). Há também a circunstância em si – dado que, por exemplo, os custos financeiros associados a um nascimento prematuro podem ser elevados. A doença física ou outros acontecimentos que colocam a saúde de uma criança

em risco, como é o caso do nascimento prematuro, constituem uma situação de stress para a família, podendo ter um impacto significativo nos seus diferentes membros, com inevitáveis repercussões aos níveis financeiro, ocupacional, pessoal e na interacção intra e extra familiar. Com efeito, a família é confrontada com novas exigências, alterações nas rotinas e readaptações diversas, susceptíveis de despertar um grau maior ou menor de stress no sistema familiar. Assim, é compreensível que os pais de uma criança prematura experimentem níveis mais elevados de stress parental do que outros pais (e.g., Goldberg, Morris, Simmons, Flower & Levison, 1990, cit. in Santos *et al.*, 1995).

As expectativas negativas acerca do bebé, estabelecidas na sequência de um nascimento prematuro, associam-se também com um risco aumentado de os pais perpetrarem maus tratos à criança (Milner & Crouch, 1998; Milner & Dopke, 1997). Pais de bebés prematuros desenvolvem expectativas menos positivas a respeito do bebé do que pais de bebés de termo (Broussard & Harter, 1971), pelo que as expectativas parentais são por certo uma dimensão a ter em conta quando se procura os mecanismos pelos quais a prematuridade pode pôr a criança em risco de vir a ser maltratada pelos pais.

Por todas as razões até agora apresentadas, a criança prematura corre, tal como indicam os estudos empíricos, um maior risco de ser maltratada (Benedict & White, 1996; Frodi, 1990; Lynch, Cicchetti, 1991). Por exemplo, de acordo com dados do "National Centre on Child Abuse and Neglect", sugere que crianças que exigem cuidados especiais logo à nascença, como é o caso dos bebés prematuros, são mais frequentemente vítimas de maus tratos.

O presente trabalho procura investigar a prematuridade como factor de risco para os maus tratos da criança. Desenvolvido junto de um grupo de pais de bebés prematuros e pais de bebés não prematuros, pretende investigar possíveis mecanismos – expectativas parentais, stress parental, ligação afectiva ao bebé – pelos quais a prematuridade aumenta o potencial maltratante dos pais, colocando a criança em risco de poder vir a ser maltratada. As expectativas parentais acerca do bebé são avaliadas durante a gravidez, afim de assegurar a equivalência dos dois grupos considerados, pelo que diferenças

observadas nesta dimensão no pós-parto só podem acontecer na sequência da prematuridade do bebé. Essa também foi a razão pela qual se avaliou a história passada de maus tratos dos pais. A equivalência entre os grupos considerados nas dimensões sócio-demográficas e económicas foi também assegurada.

Neste sentido, no presente trabalho enunciam-se as seguintes hipóteses de estudo: (a) prevê-se que os pais de bebés prematuros apresentem níveis mais elevados de stress parental, comparativamente ao grupo de pais de bebés não prematuros; (b) prevê-se que os pais de bebés prematuros apresentem níveis de expectativas menos favoráveis em relação ao bebé, comparativamente ao grupo de pais de bebés não prematuros; (c) prevê-se que os pais de bebés prematuros apresentem um menor envolvimento afectivo com o bebé, comparativamente ao grupo de pais de bebés não prematuros; (d) prevê-se que os pais de bebés prematuros apresentem níveis mais elevados de potencial maltratante comparativamente ao grupo de pais de bebés não prematuros; (e) não se prevê que os dois grupos de pais se diferenciem no que se refere às suas próprias experiências de maus tratos na infância, no que se refere às expectativas em relação ao bebé na gravidez, e em variáveis demográficas, nomeadamente, nível de escolaridade, profissão, desejo de gravidez, paridade e sexo do bebé.

2. Método

2.1. *Participantes*

2.1.1. *Seleção dos participantes*

Os participantes deste estudo foram seleccionados em Unidades de Cuidados de Saúde Primários da Zona Norte do País (Distrito de Braga). Foram seleccionadas 82 grávidas e respectivos maridos/companheiros que constituíram a amostra do estudo. A selecção da amostra obedeceu a três critérios: gestação simples, gravidez primípara e idade gestacional compreendida entre as 24 e 28 semanas.

2.1.2. *Composição da amostra*

Da amostra do estudo fazem parte 162 sujeitos na totalidade, 82 mães e 80 pais. No terceiro momento da avaliação foram apenas considerados 40 sujeitos, o que corresponde a todos os pais cujos bebés nasceram prematuros (N=20) e igual número de pais cujos bebés nasceram de termo (N=20).

2.1.3. *Caracterização sócio-demográfica dos participantes*

Todas as grávidas da amostra têm nacionalidade portuguesa e idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos (Moda = 24 anos), sendo que mais de metade (59.8%) têm idades compreendidas entre os 22 e os 25 anos, inclusive. Os seus maridos/companheiros têm também nacionalidade portuguesa e têm idades compreendidas entre os 22 e os 36 anos (Moda = 26 anos), sendo que quase metade (40.8%) tem idades compreendidas entre os 25 e os 27 anos, inclusive. Relativamente ao estado civil, a quase totalidade (97.4%) dos participantes no estudo são casados (94.7%) ou vivem maritalmente (2.7%). Uma elevada percentagem (86.1%) de grávidas encontra-se a trabalhar, tal como acontece com os respectivos companheiros (95%). Uma parte significativa (35.4%) das grávidas encontra-se numa situação de trabalhadora não qualificada e apenas 13.4% exerce cargos de chefia. No que se refere aos pais, a categoria profissional mais frequente é também trabalhadores não especializados (36.3%), sendo que 20% exerce cargos de chefia. Em relação ao nível de escolaridade, verificamos que mais de metade dos participantes (78.1% das mães e 75.3% dos pais) não possui a escolaridade mínima obrigatória, isto é 9 anos de estudo. Com efeito, uma parte significativa das grávidas (53.7%) possui apenas 4 anos de estudo e algumas (4.9%) não têm escolaridade. Os pais têm níveis mais elevados de escolaridade do que as mães, pois todos possuem pelo menos 4 anos de estudo, sendo que uma parte significativa (54.5%) possui 6 anos de estudo. Apenas 2.4% das mães e 5.2% dos pais frequentaram o ensino universitário. Na maior parte dos casos, a gravidez foi planeada (85.4%) e não foi de risco (83.8%).

Em mais de metade dos casos o parto foi eutócito (66.2%) com (2.6%) ou sem analgesia (63.6%), num número mais reduzido de casos o parto foi distócito (33.8%), pois a parturiente foi submetida a cesariana (19.5%) ou houve recurso a forceps ou ventosa no parto (14.3%).

No que se refere ao bebé, 56.3% é de sexo feminino e 43.8% é de sexo masculino. Na maior parte dos casos, o peso é normal (30.3%) e situa-se entre os 2,950 e os 3,300 Kg; no entanto, 6.3% dos bebés da amostra têm um peso inferior ou igual a 2,500 Kg e 5.1% têm peso igual ou superior a 4,150 Kg. Na maior parte dos casos, o tempo de gestação do bebé na altura do parto pode ser considerado o esperado, pois foi igual ou superior a 37 semanas (88.5%). Se considerarmos a prematuridade como fenómeno isolado ou "stricto sensu" (simples tempo de gestação encurtado), baseando-nos na definição da OMS "nascimento com menos de 37 semanas completas", podemos considerar que 11.5% dos bebés da amostra são prematuros. Sendo que 13.4% dos bebés esteve internado em neonatologia.

Tal como se pode concluir da caracterização sócio-demográfica, a amostra total apresenta uma boa heterogeneidade em termos da idade, estado civil, escolaridade, posição em relação ao emprego e profissão, gravidez, parto, sexo, tempo de gestação e peso do bebé dos seus elementos. A amostra constituída para o terceiro momento de avaliação não é significativamente diferente da amostra total, em relação a todas as variáveis consideradas.

2.2. Medidas

O quadro que se segue apresenta os instrumentos utilizados no estudo empírico, bem como as variáveis que avaliam e momentos em que foram administrados.

QUADRO 1

Medidas, momentos de avaliação e variáveis

INSTRUMENTOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO	VARIÁVEIS
<p><u>24-28 semanas de gravidez</u></p> <p>Questionário I</p> <p>NPI – Neonatal Perception Inventory I (Broussard & Hartner, 1971)</p> <p><u>4ª-8ª semana pós-parto</u></p> <p>Questionário II</p> <p>NPI – Neonatal Perception Inventory II (Broussard & Hartner, 1971)</p> <p><u>10ª-16ª semana pós-parto</u></p> <p>Bonding – Bonding Questionnaire (Kumar, 1999)</p> <p>CAPÍ – Child Abuse Potencial Inventory (Milner, 1994, 1996)</p> <p>CHQ – Child History Questionnaire (Milner, Robertson & Rogers, 1990)</p> <p>ISP – Índice de Stress Parental (Abidin, 1990; adaptado por Vieira, 1998)</p>	<p>Dados de identificação, características sócio-demográficas e evolução da gravidez.</p> <p>Percepções em relação ao bebé típico e em relação ao seu bebé no período de gravidez.</p> <p>Dados relativos ao parto e ao recém-nascido.</p> <p>Percepções em relação ao bebé típico e em relação ao seu bebé no período pós-parto.</p> <p>Sentimentos em relação ao bebé.</p> <p>Potencial de risco para os maus tratos infantis.</p> <p>História de abuso durante a infância.</p> <p>Stress parental na relação pais-filhos.</p>

2.3. Procedimentos

Este estudo desenvolveu-se no quadro das consultas de saúde materna do Centro de Saúde da área de residência das grávidas, ao longo de 3 momentos de avaliação: às 24-28 semanas de gravidez, 4-8 semanas do pós-parto e 10-16 semanas do pós-parto.

Entre a 24^a e a 28^a semana de gestação, após aceitação em participar no estudo, os Questionários I e NPI-I foram preenchidos pelas grávidas e pelos seus maridos/companheiros, no seguimento da consulta. Os Questionários II e NPI-II foram preenchidos pelas puérperas e pelos maridos/companheiros, entre a 4^a e a 8^a semanas após o parto, aquando da consulta do pós-parto. Nos casos em que o marido/companheiro não acompanhou a grávida/puérpera na consulta, os questionários foram preenchidos em casa e devolvidos posteriormente, na consulta seguinte ou pelo correio. Nos casos em que a puérpera não compareceu à consultas do pós-parto, os questionários foram enviados e devolvidos pelo correio, após contacto telefónico. Os questionários Bonding, CAPI, CHQ e ISP foram enviados e devolvidos pelo correio, entre a 10^a e a 16^a semana do pós-parto, tendo os pais sido contactados telefonicamente para responder a dúvidas e assegurar a sua devolução.

3. Resultados

As características dos instrumentos e da amostra do estudo, nomeadamente o número reduzido de sujeitos, obrigam a estatísticas não paramétricas para explorar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos considerados, no que se refere às dimensões seguintes: a) expectativas parentais na gravidez e no pós-parto, b) stress parental, c) ligação afectiva com o bebé e d) potencial maltratante dos pais. Foi também explorada a possibilidade de existirem diferenças entre os dois grupos de pais ao nível da história passada de maus tratos e das variáveis sócio-demográficas consideradas.

Os resultados do estudo mostram que não existem diferenças significativas entre os dois grupos (pais de bebés prematuros/não prematuros) no que se refere às expectativas em relação ao bebé durante a gravidez, como se conclui da leitura do quadro 2.

QUADRO 2

Expectativas em relação ao bebê durante a gravidez
 Teste de Mann-Whitney para amostras independentes: pais de bebês
 prematuros/pais de bebês não prematuros (n=40)

NPI - I	Média	Média	"Z"
	Prematuros	Não Prematuros	
Total bebê típico vs seu bebê	11,61	10,54	-,392

Como se assinala no quadro 3, também não são significativamente diferentes as expectativas em relação ao bebê no período a seguir ao parto, entre os pais de bebês prematuros e os pais de bebês não prematuros.

QUADRO 3

Expectativas em relação ao bebê no pós-parto
 Teste de Mann-Whitney para amostras independentes: pais de bebês
 prematuros/pais de bebês não prematuros (n=40)

NPI - I	Média	Média	"Z"
	Prematuros	Não Prematuros	
Total bebê típico vs seu bebê	11,00	11,00	,000

No entanto, os pais do grupo de bebês prematuros, quando foram comparados com os pais do grupo de bebês não prematuros, mostraram um significativo menor número de sentimentos negativos e um significativo menor número de sentimentos positivos em relação ao bebê, tal como se conclui do quadro 4.

QUADRO 4

Sentimentos positivos e negativos dos pais em relação ao bebê
(Bonding)Teste de Mann-Whitney para amostras independentes: pais de
bebês prematuros/pais de bebês não prematuros (n=40)

Bonding	Média Prematuros	Média Não Prematuros	"Z"
Total sentimentos positivos	7,35	15,58	-2,904**
Total sentimentos negativos	7,75	15,27	-2,653**

** p<0,1

Diferenças significativas foram também encontradas no que se refere ao stress parental, como pode ver no quadro 5. Os pais dos bebês prematuros evidenciaram um significativo maior nível de stress parental, tanto na avaliação que fazem da criança, como na avaliação que fazem de si próprios e das circunstâncias de existência, quando comparados com os pais dos bebês não prematuros.

QUADRO 5

Stress parental (ISP)

Teste de Mann-Whitney para amostras independentes: pais de
bebês prematuros/pais de bebês não prematuros (n=40)

ISP	Média Prematuros	Média Não Prematuros	"Z"
Total Domínio da Criança	18,20	7,23	-3,849***
Total Domínio dos Pais	16,70	8,38	-2,918**
Total Domínio de Stress	14,94	9,12	-2,114*

* p<0,05 ** p<0,1 ***p<0,001

O quadro seguinte (ver quadro 6) mostra que os pais de bebés prematuros, quando comparados com os pais de bebés não prematuros, possuem um potencial maltratante significativamente mais elevado, acrescentando algo a respeito do que contribui para isso – maior infelicidade, maior mal estar psicológico, mais problemas com a criança e mais problemas na família dos pais de bebés prematuros.

QUADRO 6

Potencial maltratante (CAPI)

Teste de Mann-Whitney para amostras independentes: pais de bebés prematuros/pais de bebés não prematuros (n=40)

CAPI	Média Prematuros	Média Não Prematuros	"Z"
Total Escala de Abuso	16,25	8,73	-2,642 **
Total Escala de Desejabilidade Social	14,05	10,42	-1,340
Total Escala de Infelicidade	15,60	9,23	-2,257*
Total Escala de Mal Estar Psicológico	16,05	8,88	2,515*
Total Escala de Inconsistência	9,35	14,04	-1,719
Total Escala de Rigidez	12,55	11,58	-,343
Total Escala de Problemas com os filhos	15,30	9,46	-2,174*
Total Escala de Problemas Familiares	15,40	9,38	-2,134*

*p<0.05 ** p<0.1

Não se observam diferenças significativas entre os grupos considerados (pais de bebés prematuros/não prematuros) no que se refere à história de maus tratos (ver quadro 7).

QUADRO 7

História de Maus Tratos (CHQ)
 Teste de Mann-Whitney para amostras independentes: pais de
 bebês prematuros/pais de bebês não prematuros (n=40)

CHQ	Média Prematuros	Média Não Prematuros	"Z"
Total vítima antes dos 13 anos	14,06	9,73	-1,554
Total vítima depois dos 13 anos	12,28	10,96	-,474

Também não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos (pais de bebês prematuros/não prematuros) nas variáveis sócio-demográficas estudadas, nomeadamente no que se refere à profissão ($X_1=8,79$; $X_2=9,62$), situação perante o emprego ($X_1=8,95$; $X_2=10,12$), nível de escolaridade ($X_1=9,55$; $X_2=9,89$), idade do pai ($X_1=25,78$; $X_2=24,88$) e idade da mãe ($X=23,80$; $X_2=22,70$).

4. Conclusões

Muito embora o número reduzido de sujeitos da amostra nos obrigue a considerações cautelosas, os resultados obtidos neste estudo apontam que os pais de bebês prematuros apresentam um maior potencial maltratante – que não parece dever-se a diferenças relativas às dimensões sócio-demográficas estudadas ou a diferenças na história de abuso dos pais – pelo que se pode concluir que é maior o risco do bebê prematuro poder vir a ser maltratado pelos pais.

Os pais de bebês prematuros da amostra não estabelecem expectativas significativamente diferentes a respeito do bebê; no entanto, expressam um menor número de sentimentos, quer positivos quer negativos, para com o bebê e apresentam um

maior nível de stress em diversos domínios, nomeadamente no domínio parental, o que sugere a necessidade de ter em conta o menor envolvimento emocional e o elevado nível de stress dos pais quando procurámos compreender os mecanismos pelos quais a prematuridade põe em risco a criança de vir a ser maltratada pelos pais. Assim sendo, os resultados deste estudo alertam para a relevância destas dimensões, a considerar nos programas de prevenção com pais de bebés prematuros.

5. Referências

Ammerman, R. T. & Hersen, M. (1990). *Children at risk: an evaluation of factors contributing to child abuse and neglect*. New York: Plenum Press.

Bakeman, R. & Brown, J. (1980). *Early interaction: consequences for social and mental development at three years*. *Child Development*, 51, 437-447.

Beek, Y., Hopkins, B. & Hoeksma, J. B. (1994). *The development of communication in preterm infant-mother dyads*. *Behavior*, 129 (1-2), 35-61.

Bell, R. (1968). *A reinterpretation of the direction of the effects in the studies of socialization*. *Psychological Review*, 75, 81-95.

Belsky, J. (1980). *Child maltreatment: an ecological integration*. *American Psychologist*, 35, 320-335.

Belsky, J., Ward, M. & Rovine, M. (1986). *Prenatal Expectations, Postnatal Experiences, and the Transition to Parenthood*. In R. Ashmone & Brodzinsky (Ed.), *Thinking about family: views of parent and children* (pp. 119-145). Hillsdale: LEA.

Benedict, M. I. (1996). *The reported health and functioning of children maltreated while in family foster care*. *Child Abuse and Neglect*, 20(7), 561-571.

Bornstein, M. M. (1995). *Handbook of Parenting* (Vol. 1, 2, 3 e 4), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Brazelton, T. B. *et al.* (1989). *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Ed. Terramar.

Broussard, E. (1976). *Assessment of maternal perceptions of infants*. Assessment and Management of Development Changes in Children. Saint Louis C. V. Rosby Company.

Broussard, E. & Hartner, M. (1971). *Assessment of maternal perceptions of infants*, Assessment and management of developmental changes in children.

Chapieski, M. L. & Evankovich, K. D. (1997). *Behavioral effects of prematurity*. In *Seminars in Peritology*, 21(3), pp. 221-239.

Cicchetti, D. & Carlson, V. (1989). *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cicchetti, D. & Rizley (1981). *Models and integrations*. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology (Vol. 3): University of Rochester Press.

Cicchetti, D., Rogosch, F. & Toth, S. (1997). *Ontogenesis, depressotypic organization, and the depressive*. In S. Luthar, Burack, J., Cicchetti, D. & Weisz, J. (Eds.), *Development psychopathology – perspectives on adjustment, risk and disorder* (pp. 273-316). Cambridge: Cambridge University Press.

Craig, G. (1992). *Human development*. 6th Edition. New Jersey: Prentice Hall.

Crawford, J. W. (1982). *Mother-infant interaction in premature and full-term infants*. *Child Development* (53), 957-962.

Crouch, J. L., Milner, J.S. & Caliso, J.A. (1995). *Childhood Physical Abuse, Perceived Social Support and Socioemotional Status in Adult Women*. *Violence and Victims*, 10(4), 273-283.

Darke, P. R. & Goldberg, S. (1994). *Father-infant interaction and parent stress with healthy and medically compromised infants*. *Infant Behavior and Development*, 17, 3-14.

Divitto, B. & Goldberg, S. (1979). *The development of early parent-infant interaction as a function of newborn medical status*. In T. S. Field, A., Goldberg, S. & Susman, H. H. (Ed.), *Infant born at risk*. New York: Spectrum.

Egeland, B. & Hiester, M. (1995). *The long-term consequences of infant day-care and mother-infant attachment*. *Child Development*, 66, 474-485.

Egeland, B. & Vaughn, B. (1981). *Failure of "bond formation" as a cause of abuse, neglect, and maltreatment*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 74-84.

Egeland, B., Breitenbucher, M. & Rosenberg, D. (1980). *Prospective study of the significance of life stress in the etiology of child abuse*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (2), 195-205.

Field, T. (1977). *Effects of early separation, interactive deficits and experimental manipulations on infant-mother face-to-face interaction*. *Child Development*, 48, 763-771.

Field, T. (1980). *Interaction of preterm and term infants with their lower - and middle-class teenage and adult mothers*. In T. M. G. Field, S., Stern, D. & Sostek, A. M. (Ed.), *High-risk infants and children: adult and peer interactions* (pp. 113-132). New York: New York Academic Press.

Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil*. Dissertação apresentada às provas de Doutoramento em Psicologia Clínica, Universidade do Minho, Braga.

Figueiredo, B. (1998). *Maus tratos à criança e ao adolescente (I): Situação e enquadramento da problemática*. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 3, 5-19.

Figueiredo, B. (1998). *Maus tratos à criança e ao adolescente (II): Considerações a respeito do impacto desenvolvimental*. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 3, 197-216.

Frodi, A. (1981). *Contribution of infant characteristics to child abuse*. *American Journal of Mental Deficiency*, 83, 341-349.

Gardner, J. & Karmel, B. (1984). *Arousal effects on visual preferences in Neonates*. *Developmental Psychology*, 20(3), 374-377.

Goldberg & DiVitto (1997). *Parenting Children Born Preterm*. *Child Abuse and Neglect*, 23 (5), 210-230.

Goldson, E. (1997). *Children with disabilities and child maltreatment*. *Child Abuse and Neglect*, 22 (7), 663-667.

Klaus, M. & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.

Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste – les interactions précoces*. Paris: Presses Universitaires de France.

Lester, B., Hoffman, J. & Brazelton, B. (1985). *The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants*. *Child Development*, 56, 15-27.

Lewis, M. & Painter, S. (1974). *An interactional approach to the mother-infant dyad*. New York: Wiley.

Lynch, M. & Cicchetti, D. (1991). *Patterns of relatedness in maltreated and non-maltreated children: connections among multiple representational models*. *Development and Psychopathology*, 3, 207-226.

Macfarlane, A. (1977). *A psicologia do nascimento*. Lisboa: Moraes Editores.

Milner, J. S. & Dopke, C. (1997). *Child physical abuse: a review of offender characteristics*. In D. A. Wolfe, McMahon, R.J. & Peters, R.V. (Ed.), *Child abuse: new directions in prevention and treatment across lifespan* (pp. 27-53). Thousand Oaks: Sage Publications.

Milner, J. S., Robertson, K.R. & Rogers, D.L. (1990). *Childhood History of Abuse and Adult Child Abuse Potential*. *Journal of Family Violence*, 5(1), 15-34.

Morton, N. & Browse, K.D. (1998). *Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: a review*. *Child Abuse and Neglect*, 22(11), 1093-1104.

National Research Council (1993). *Understanding Child Abuse and Neglect*. Washington D. C.: National Academy Press.

Nayak, M. B. & Milner, J. S. (1997). *Neuropsychological functioning: comparison of mothers at high – and low – risk for child physical abuse*. In *Child Abuse and Neglect*, 22(7), 686-703.

Oates, M. (1996). *Psychiatric services for women following childbirth*. *International Review of Psychiatry*, 3, 87-98.

Pederson, D., Gleason, K., Moran, G. & Bento, S. (1998). *Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship*. *Developmental Psychology*, 34(5), 925-933.

Santos, S. V. (1997). *Versão portuguesa do Parenting Stress Index (PSI): validação preliminar*. In Gonçalves, M., Ribeiro, I., Araújo, S., Machado, C., Almeida, L. & Simões, M. (orgs.). *Avaliação Psicológica: formas e contextos*, V, 139-149. Braga: APPORT.

Santos, S. V.; Ataíde, S. & João, P. (1996). *Stress parental em pais de crianças com obesidade e com doença renal crónica*. *Análise Psicológica* 2-3, (XIV), 231-243.

Smith, J. C., Butcher, L. & Reed, D. (1998). *Parents report of sensory responsiveness and temperament in preterm infants*. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52 (7), 547-555.

Starr, R. H. (1992). *Physical abuse of children*. In V. B. V. Hasset, Morrison, R.L., Bellack, A.S. & Hensen, M. (Ed.), *Handbook of Family Violence*. New York: Guilford Press.

Thompson, J., Robert, J., Oehler, J., Catlett, A. & Johndrow, D. (1993). *Maternal psychological adjustment to the birth of an weighing 1,500 grams or less*. *Infant Behavior and Development*, 16, 471-485.

Willie, D. (1991). *Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year*. *Infant Behavior and Development*, 14, 227-240.

Zarling, C. L., Hirsh, B. J. & Landry, S. (1988). *Maternal social networks and mother-infant interaction in full-term and very low birthweight preterm infants*. *Child Development*, 59(1), 178-185.