



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Acompanhar a Maternidade de  
forma holística:  
efeitos sobre a Autoestima Materna e a  
Vinculação Mãe-Bebé**

**Isabel Maria Miguel Lopes Lourenço**

Orientação: Professor Doutor Vítor Daniel Ferreira Franco

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Évora, 2013

## **Agradecimentos**

---

A realização desta dissertação só foi possível, graças ao contributo de determinadas pessoas, às quais não posso deixar de agradecer. Deste modo, agradeço:

Ao meu Orientador Prof. Doutor Vítor Franco, pela sua disponibilidade, orientação, e por tudo o que permitiu aprender.

Ao Diretor do HPP de Cascais, por ter autorizado a recolha de dados para este estudo.

Às Mães que aceitaram participar neste estudo, dando um contributo fundamental para o seu desenvolvimento.

Ao Dr.º Inarra, por me ter ajudado a continuar a acreditar neste trabalho.

À Dr.ª Catarina Canário, pela sua disponibilidade, ajuda e conselhos dados.

À minha Mãe, por tudo que fez para ajudar nos meus estudos, pela preocupação, e por ser a minha MÃE.

À minha Irmã e Amiga de sempre, por tudo o que fez para me motivar e ajudar, e em especial, pela paciência e carinho que teve para comigo.

À minha Avó, pela preocupação e carinho.

Ao meu Marido, pelo apoio, ajuda, dedicação e paciência, e sobretudo, por ter sido um companheiro presente tanto nos momentos altos como nos baixos.

Aos Tios Toninho e Fátima, pela disponibilidade e pela simpatia com que me acolheram em sua casa.

Aos Tios Francisco e Madalena pela atenção e ajuda dada.

À minha Madrinha Sílvia e à Tia Maria João, pela preocupação e por me terem incluído nas suas orações.

Aos meus Sogros, ao meu Cunhado e a todos os familiares que me apoiaram.

Aos meus Amigos Nuno e Anabela, por terem sido companheiros assíduos da minha caminhada académica, pela ajuda e incentivo dados.

À Boneca, pela companhia, fidelidade e tudo que me dá.

## **Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a Autoestima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé**

### **Resumo**

A transição para a maternidade, sobretudo para a primípara, é um período que exige da mulher grandes mudanças e adaptações a nível biopsicossocial, colocando à prova a sua capacidade para lhe fazer face, e com repercussões na relação mãe-bebé. Os profissionais de saúde podem contribuir para a vivência positiva desta transição, prestando uma atenção global à saúde (física e mental) da mulher, durante o período gravídico-puerperal.

Este estudo de natureza quantitativa-correlacional e transversal, teve como objetivo verificar o efeito do acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde, desde a gravidez ao pós-parto imediato, na autoestima e vinculação materna, numa amostra de conveniência constituída por 51 puérperas primíparas.

Os dados foram recolhidos através da aplicação de um Questionário de dados sociodemográficos e historial da gravidez; de Escalas de Perceção de Acompanhamento Global da Gravidez, Parto e Pós-Parto Imediato; da Escala de *Bonding* e da Escala de Autoestima de *Rosenberg* (RSES).

Os resultados indicam que, a perceção de acompanhamento global da gravidez ao pós-parto imediato encontra-se positivamente correlacionada com a autoestima materna; e que, a perceção acompanhamento global da gravidez e pós-parto está negativamente correlacionada com o *bonding* negativo. Verifica-se também, que a autoestima materna está positivamente correlacionada com o *bonding* positivo, e negativamente correlacionada com o *bonding* negativo. Ainda, constata-se uma relação significativa entre satisfação com acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto imediato, e a perceção global de acompanhamento durante estes períodos.

Em conclusão, este estudo alerta para a importância dos profissionais de saúde atenderem ao estado emocional da mulher, integrando a dimensão psicológica da experiência de transição para maternidade no acompanhamento perinatal.

**Palavras-chave:** Acompanhamento Perinatal, Autoestima Materna, Saúde Mental Transição para a Maternidade, Vinculação materna.

## **Supporting Motherhood in a holistic way: effects on Maternal Self-Esteem and on Mother-Baby Bonding**

### **Abstract**

The transition to motherhood, especially for primiparous women, is a period that demands great changes and adaptations at a bio-psychosocial level, putting to the test a woman's capacity to face motherhood, and has impact on the mother-baby relationship. Health professionals can contribute to making this transition a positive experience, by paying global attention to both the physical and mental health of the woman, during the period of pregnancy and childbirth.

This study, of a quantitative-correlation and transversal nature, has as its main objective, to verify the effect of the perinatal care provided by health professionals from pregnancy to immediate postpartum, looking at the self-esteem and maternal bonding, in a sample composed of 51 primiparous women in the puerperal period.

Data was obtained through a questionnaire on socio-demographic background and pregnancy history; Scales of Perception of the Global Support, during Pregnancy Partum and immediate Postpartum; the Scale of Bonding and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).

The results indicate that the perception of global Support from pregnancy to immediate post-partum is positively related to the maternal self-esteem and that the perception of global support from pregnancy to immediate post-partum is negatively related to negative bonding. It also shows that maternal self-esteem is positively related to the positive bonding, and negatively related to negative bonding. Moreover, this study shows a significant relationship between satisfaction with the support during pregnancy, partum and immediate postpartum and the global perception of the support during these periods.

In conclusion, this study stresses the importance of health professionals taking into account the woman's emotional status, by integrating the psychological dimension of the experience of the transition to motherhood in the perinatal care.

**Keywords:** Maternal self-esteem, Maternal Attachment, Bonding, Perinatal Care, Mental Health, Transition to Motherhood.

## **Índice**

Agradecimentos -----	ii
Resumo-----	iii
Abstract-----	iv
<b>INTRODUÇÃO -----</b>	<b>1</b>
 <b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
 <b>CAPÍTULO I - MATERNIDADE</b>	
1. Definição e evolução do conceito -----	4
2. A Caminhada do Tornar-Se Mãe-----	6
2.1.Gravidez, Parto e Pós-Parto: etapas biológicas e emocionais- -----	6
2.2.Um percurso de elaboração psicológica peculiar -----	12
2.3.A influência do contexto sociocultural -----	19
3. A importância da autoestima materna -----	20
 <b>CAPÍTULO II - VINCULAÇÃO MATERNA</b>	
1. Definição e importância-----	23
2. Construção da vinculação materna-----	24
3. Fatores determinantes da vinculação materna -----	26
 <b>CAPÍTULO III - ACOMPANHAMENTO DO ESTADO EMOCIONAL DA MULHER NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL</b>	
1. Necessidade de um acompanhamento de qualidade -----	31
2. Intervenção na adaptação à transição para a maternidade-----	32
3. Prevenção precoce da saúde mental -----	36
3.1.Fatores de risco: o que procurar e como detetar -----	37
3.2.A importância de uma rede multidisciplinar -----	41
4. Contexto atual em Portugal-----	42

## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**

### **CAPÍTULO IV - OBJETIVOS E HIPÓTESES**

1. Objetivos -----	47
2. Hipóteses -----	48

### **CAPÍTULO V - METODOLOGIA**

1. Tipo de estudo -----	49
2. Amostra -----	49
2.1. Constituição da amostra -----	49
2.2. Caracterização da Amostra -----	51
3. Instrumentos utilizados -----	55
3.1. Questionário -----	55
3.2. Escala de Bonding -----	68
3.3. Escala de Autoestima de Rosenberg -----	70
4. Procedimento -----	71
5. Tratamento dos dados -----	71

### **CAPÍTULO VI - RESULTADOS**

1. Avaliação da percepção de acompanhamento global durante a gravidez, parto e pós-parto imediato -----	73
1.1. Efeito das características sociodemográficas na percepção de acompanhamento global -----	73
1.2. Efeito dos problemas atuais na percepção de acompanhamento global -----	74
1.3. Efeito dos dados da história da gravidez na percepção de acompanhamento global -----	76
2. Avaliação do nível de satisfação face ao acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde na gravidez, parto e pós-parto -----	80
2.1. Avaliação da relação entre satisfação e percepção de acompanhamento prestado na gravidez, parto e pós-parto imediato -----	81
3. Avaliação da relação entre o acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto imediato com a autoestima e vinculação materna -----	82

<b>CAPÍTULO VII - DISCUSSÃO</b> -----	85
<b>CONCLUSÃO</b> -----	91
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> -----	94
<b>ANEXOS</b> -----	105

## Índice de tabelas e figuras

<b>Tabela 1:</b>	Caracterização social e demográfica da amostra .....	52
<b>Tabela 2:</b>	Distribuição da amostra de acordo com os problemas atuais .....	53
<b>Tabela 3:</b>	Distribuição da amostra segundo os dados relativos à história da gravidez .....	54
<b>Tabela 4:</b>	Descrição da Escala de Acompanhamento Global na Gravidez - Grupo A .....	57
<b>Tabela 5:</b>	Descrição da Escala de Acompanhamento Global no Parto - Grupo B .....	59
<b>Tabela 6:</b>	Descrição da Escala de Acompanhamento Global no Pós-Parto Imediato - Grupo C .....	60
<b>Tabela 7:</b>	Resultados para a sensibilidade da Escala de Percepção de Acompanhamento Global na Gravidez segundo as tabelas de frequência dos itens, média, mediana, moda e coeficientes de assimetria e curtose .....	63
<b>Tabela 8:</b>	Análise fatorial com rotação <i>varimax</i> da Escala de Percepção de Acompanhamento Global da Gravidez .....	64
<b>Tabela 9:</b>	Resultados para a sensibilidade da Escala de Percepção de Acompanhamento Global no Parto segundo as tabelas de frequência dos itens, média, mediana, moda e coeficientes de assimetria e curtose .....	65
<b>Tabela 10:</b>	Análise fatorial com rotação <i>varimax</i> da Escala de Percepção de Acompanhamento Global no Parto .....	66
<b>Tabela 11:</b>	Resultados para a sensibilidade da Escala de Percepção de Acompanhamento Global no Pós-Parto Imediato segundo as tabelas de frequência dos itens, média, mediana, moda e coeficientes de assimetria e curtose .....	67
<b>Tabela 12:</b>	Análise fatorial com rotação <i>varimax</i> da Escala de Percepção de Acompanhamento Global no Pós-Parto Imediato .....	68
<b>Tabela 13:</b>	Valores de consistência interna (Alfa <i>Cronbach</i> ) para os resultados obtidos através de cada instrumento .....	72
<b>Tabela 14:</b>	Análise descritiva das Escalas de Percepção de Acompanhamento Global na Gravidez, Parto e Pós-Parto Imediato: Percentis (25-50-75), Médias e Desvios-Padrão (DP) .....	73
<b>Tabela 15:</b>	Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com problema atual na relação com outros familiares .....	75
<b>Tabela 16:</b>	Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com o problema atual com a situação financeira .....	75
<b>Tabela 17:</b>	Resultados da ANOVA a um fator para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com a existência de Gravidez Anterior .....	76



<b>Tabela 18:</b> Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global, de acordo com o problema na gravidez na relação com o companheiro .....	77
<b>Tabela 19:</b> Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com o problema na gravidez na relação com outros familiares .....	77
<b>Tabela 20:</b> Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com o problema na gravidez com o estado de humor.....	78
<b>Tabela 21:</b> Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com o problema na gravidez com a situação financeira.....	78
<b>Tabela 22:</b> Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com o problema na gravidez com a situação profissional .....	79
<b>Tabela 23:</b> Correlação Ró de <i>Spearman</i> entre a Satisfação com o Acompanhamento na Gravidez, Parto e Pós-Parto imediato e a Percepção de Acompanhamento Global na Gravidez, Parto e Pós-Parto imediato.....	81
<b>Tabela 24:</b> Correlações de <i>Pearson</i> entre a percepção de Acompanhamento Global na Gravidez, Parto e Pós-Parto, o bonding e a autoestima materna .....	82
<b>Figura 1:</b> Síntese das manifestações psicofisiológicas que podem ocorrer durante a Gravidez, Parto e Puerpério (adaptado de Camarneiro, 2007) .....	11
<b>Figura 2:</b> Tarefas desenvolvimentais específicas na transição para a Maternidade (adaptado de Canavarro, 2001 e Carvalho et al., 2006).....	16
<b>Figura 3:</b> Modelo de Intervenção no período gravídico-puerperal (adaptado de Correia & Sereno, 2012).....	35
<b>Figura 4:</b> Principais áreas a investigar junto da mãe e sinais de risco associadas (de acordo com Direção-Geral de Saúde, 2005).....	40
<b>Figura 5:</b> Gráfico de Barras da distribuição das mães segundo o nível de satisfação face ao Acompanhamento prestado na Gravidez, Parto e Pós-parto. ....	80
<b>Figura 6:</b> Gráfico de Dispersão: Efeito positivo da gravidez na Autoestima X Contributo do Acompanhamento recebido na Gravidez .....	83
<b>Figura 7:</b> Gráfico de Dispersão: Efeito positivo do Parto na Autoestima X Contributo do Acompanhamento recebido no Parto .....	84
<b>Figura 8:</b> Gráfico de Dispersão: Efeito positivo de "Ser Mãe" na Autoestima X Contributo do Acompanhamento prestado pelos Profissionais de Saúde .....	84

## **Lista de siglas e abreviaturas**

<b>CNSMI</b>	Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil
<b>DGS</b>	Direção-Geral de Saúde
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>EPDS</b>	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
<b>H</b>	Hipótese
<b>HAPD</b>	Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado
<b>HAP</b>	Hospital de Apoio Perinatal
<b>HPP</b>	Hospital Público-Privado
<b>KMO</b>	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
<b>M</b>	Média
<b>N.S.</b>	Não Significativo
<b>PNSMI</b>	Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil
<b>RRMI</b>	Rede de Referência Materno Infantil
<b>RSES</b>	Rosenberg Self-Esteem Scale
<b>RSP</b>	Ró de <i>Spearman</i>

## **Introdução**

---

A literatura tem destacado a importância de se atender ao estado emocional da mulher no período gravídico-puerperal, dado a sua influência no desenvolvimento da vinculação mãe-bebé.

De facto, a gravidez, parto e pós-parto não são apenas acontecimentos biológicos, mas são etapas que se integram no processo de transição da mulher para a maternidade. Este período de passagem de mulher a mãe, sobretudo quando se trata do primeiro filho, exige à mulher grandes mudanças e adaptações ao nível biológico, psicológico, social e relacional, as quais vão pôr à prova a sua capacidade para lhe fazer face (Canavarro, 2001). Sendo considerado, por vários autores como um período de crise, de especial vulnerabilidade psicológica, que caso não seja bem ultrapassado pode hipotecar o processo de vinculação entre a mãe e o bebé, com repercussões no desenvolvimento futuro da criança.

Assim sendo, para fazer face aos desafios que este processo de transição exige, assegurar o bem-estar psicológico da mulher será essencial.

A autoestima é apontada como um elemento preponderante para o bem-estar e a estabilidade emocional (André, 2005). Ainda, estudos empíricos têm demonstrado que a autoestima é um fator determinante para o desenvolvimento da vinculação materna ao bebé.

Segundo alguns autores, toda a mulher tem capacidade para cuidar do seu bebé precisando apenas para isso, de se sentir envolvida, confiante e de se dedicar a ele, o que é congruente com a intensidade do vínculo que tem com o bebé. Sendo reforçado por outros, que a mulher tem necessidade de suporte, de um acompanhamento que a ajude a sentir-se confiante para assumir o novo papel de mãe.

Atualmente, o acompanhamento da mulher nesta experiência de transição para a maternidade, é basicamente realizado pelos profissionais de saúde, com pouco apoio da família e amigos, havendo uma carência de apoio emocional, material ou formativo antes e após o nascimento, especialmente para as primíparas. Esta falta de apoio conduz, por vezes, a um isolamento intenso, levando a uma diminuição da autoestima e a um aumento dos níveis de ansiedade e do sentimento de falta de competência (Bayle, 2006).

A autoconfiança das mães nas suas competências parentais tem por base a sua história, mas também se constrói ao longo do período perinatal, dependendo bastante dos cuidados e da qualidade do acompanhamento que lhes são prestados pelos profissionais de saúde durante este período. Neste sentido, tem vindo a ser destacado na literatura e também pela Direção-Geral de Saúde (2005), que os profissionais de saúde podem contribuir para ajudar no ajustamento e adaptação da mulher ao novo papel de mãe, devendo realizar intervenções que atendam e promovam o seu bem-estar emocional durante o período gravídico-puerperal.

No entanto, apesar destas evidências não existem estudos que permitem avaliar a relação entre o acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde durante o período gravídico-puerperal com a autoestima materna e a vinculação da mãe ao bebé.

Face ao exposto, a presente dissertação pretende explorar os efeitos do acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto imediato sobre a autoestima materna e a vinculação mãe-bebé, de mães primíparas. Mais precisamente, pretende-se avaliar o impacto da perceção de um acompanhamento global, isto é, de um acompanhamento que integre a atenção para com o estado emocional da primípara, nos cuidados prestados durante a gravidez, parto e pós-parto imediato, sobre a autoestima e a vinculação materna.

Esta dissertação está organizada em duas partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico, onde se faz a revisão da literatura que orientou o estudo. Deste modo, o referencial teórico divide-se em três capítulos onde se dá especial destaque ao processo de transição para a maternidade, à autoestima materna, à vinculação mãe-bebé, e ao acompanhamento do estado emocional da mulher durante o período gravídico-puerperal. A segunda parte refere-se ao estudo empírico, na qual se insere os objetivos, hipóteses e a metodologia adotada no estudo. Seguindo-se a apresentação, análise e discussão dos resultados, e por último a conclusão.

# **Parte I**

## **Enquadramento Teórico**

---

## **Capítulo I - Maternidade**

### **1. Definição e evolução do conceito**

O conceito de maternidade aparece muitas vezes confundido com o de gravidez. Contudo, Leal (2005, p.11) salienta que apesar de frequentemente serem considerados conceitos sinónimos, “traduzem duas realidades e vivências bem diferenciadas entre si, tecidas que são em imaginários diferentes”. Como refere esta autora, a maternidade vai para além da gravidez, tratando-se de um projeto de longo prazo que implica que a mulher, para além do desejo de ter um filho, tenha o desejo ser mãe, sendo que estes dois desejos podem nem sempre coincidir.

A maternidade hoje, não é mais redutível à única necessidade de perpetuar a espécie humana, mas inscreve-se num novo desejo, essencial e pessoal, de carregar e acolher a vida de um ser único e autónomo (Teissiere, 2008). É do domínio do inconsciente e do afeto, reenviando a um processo pessoal que se constrói na mulher desde a sua primeira infância, e que resulta de um processo de filiação, de uma herança transgeracional (Delassus, 2007). Trata-se de uma “experiência perturbadora, ao longo da qual é necessário que a mulher pare de ser a filha da sua mãe para tornar-se a mãe do seu filho” (Bergeret-Amselek, 2002, p.15). Sendo um acontecimento na vida da mulher que tem como “pano de fundo a dinâmica da sociedade num certo momento, historicamente determinado” (Leal, 2005, p.11). Inscrevendo-se, assim, em padrões de cultura, nos quais, conceções relativas à infância, qualidade de vida, direitos e deveres dos cidadãos, assumem uma importância primordial.

Todavia, importa referir que o conceito de maternidade tem sofrido alterações ao longo do tempo. Assim, para compreender a questão da maternidade atualmente, importa analisar como evolui este conceito ao longo do tempo. Através de uma breve perspetiva histórico-cultural passaremos a abordar as mudanças ocorridas na representação da maternidade.

A noção de maternidade esteve durante muito tempo ligada ao amor maternal, como sendo algo “instintivo” e “natural” próprio à mulher (Araújo & Moura, 2004). Sendo relativamente recente a ideia de que a maternidade não é instintiva mas condicionada por vários fatores: “ela depende não só da história pessoal de cada mulher, do seu desejo de criança, da relação com os pais mas também de fatores sociais, culturais e profissionais (Badinter, 1980, citada por Correia, 1998, p.366).

Para Moura e Araújo (2004), o papel materno deve ser sempre encarado de modo relativo e tridimensional, pois é impossível compreender as modificações nele ocorridas, sem que se faça referência aos outros elementos do microsistema familiar (pai-mãe-filhos). Neste sentido, estes autores citando Badinter (1985) referem que a maternidade foi desvalorizada durante séculos, dando-se unicamente o valor ao masculino, estando destinado aos homens a descendência e a continuidade da espécie humana, e desvalorizando-se a função materna.

Correia (1998) assinala que é somente no século XIX que aparece o culto à maternidade, e a que valorização do papel da mãe assume maior relevância na sociedade, ao mesmo tempo que o lugar da criança. Assim, a mãe passou a ser retratada como a educadora e a criadora da sociedade futura, passando a esperar-se dela uma mulher onipotente. A amamentação é dos primeiros indicadores de mudança do comportamento da mãe. De acordo com esta autora passou-se, deste modo, a dar-se um novo sentido à maternidade, o de ser alargada à vivência da família, muito para além do tempo que abrange a gravidez.

Durante o século XX, o nascimento que é um acontecimento biológico normal e familiar, torna-se numa questão médica. Desta forma, os aspetos psicossociais da gravidez e do parto são colocados à parte, e sobretudo, o significado que as mulheres dão a essas vivências, o que conduz ao que estas se sintam colocadas em segundo plano após o nascimento do bebé (Helman, 1994, citada por Camarneiro, 2007).

Leal (2005) destaca que o conceito de maternidade, em cinco décadas, alterou-se por várias vezes, e de modo radical. Tendo contribuído para tal, os progressos tecnológicos em obstetrícia, a investigação psicológica e as movimentações sociais, como por exemplo, a profissionalização das mulheres e o alargamento dos métodos contraceptivos. Mas também, aponta o facto de se ter passado,

da família alargada à família nuclear e desta à família monoparental;... da mãe, dadora de afeto, à mãe prestadora de cuidados e desta à mãe culpabilizada por tudo o que acontece ou não ao seu filho;... da mãe vagamente desleixada à mãe supermulher para, no mínimo, corresponder aos estereótipos dominantes do que deve “ser mãe”;... de uma taxa de fertilidade ascendente para uma taxa de fertilidade negativa (Leal, 2005, p.15).

Ainda segundo esta autora, também contribui o alargamento verificado nos últimos trinta anos na área de intervenção das maternidades, que deixaram de ser apenas serviços obstétricos, efetuando mudanças conceptuais referentes à mãe, ao bebé e, cada vez mais, também ao pai. Mais precisamente, a descentração do ato médico para se centrarem no ato clínico, ao mesmo tempo que se houve um

afastamento do imediatismo da assistência materno-infantil para se focarem precisamente nos aspectos que podem comprometer a maternidade. Pois, apesar da diminuição da taxa de mortalidade materno-infantil, assistiu-se um aumento súbito de gravidezes patológicas, abortos recorrentes, malformações fetais, infertilidade, que vem tornar o contexto de tornar-se mãe numa realidade ainda mais vulnerável.

Deste modo, o projeto de maternidade hoje é um desafio, que faz cada vez mais parte de um projeto de vida, que é muito refletido e dispendioso em todos os aspectos, mas que tal como sublinha Leal (2005) do qual não se pode desistir.

Estes são, entre outros, alguns dos aspectos que comportam a dimensão que a maternidade alcançou nos dias de hoje. Sendo que, como sublinham Delassus, Carlier e Boureau-Louvet (2010), a maternidade parece que nunca esteve tanto na atualidade, mesmo se ela não é sempre abordada diretamente, pois continua a ignorar-se o seu verdadeiro significado humano e a associá-la a modelos que a reduzem à sua parte física e fisiológica.

## **2. A Caminhada do Tornar-Se Mãe**

### **2.1. Gravidez, Parto e Pós-Parto: etapas biológicas e emocionais**

A gravidez, parto e pós-parto são, indubitavelmente, etapas que se enquadram num ciclo relevante para a mulher e a sua família. Etapas que, mais do que acontecimentos biológicos, são acontecimentos integrantes e integradores da passagem da mulher para a maternidade (Correia & Sereno, 2012).

Como refere Missonnier (2009), o nascimento é um “acontecimento bio psíquico”, pois a mulher não carrega somente o bebé no seu ventre, mas também o carrega mentalmente. Portanto, o nascimento contempla duas realidades distintas mas que interagem, a orgânica e a psíquica, sendo esta complexidade que importa confrontar para que a chegada do bebé se possa fazer nas melhores condições.

Assim a gravidez, parto e pós-parto devem ser considerados períodos de grande vulnerabilidade física e emocional, pois tratam-se de acontecimentos biológicos naturais, mas que também comportam aspectos emocionais.

Neste sentido, de seguida apresentamos as várias modificações que habitualmente são provocadas na experiência emocional da mulher em cada uma destas etapas.



## ➤ **Gravidez**

O período que engloba a gravidez é marcado por modificações psicológicas específicas, acompanhadas de alterações físicas, que vão sendo diferentes ao longo dos meses e que se intensificam à medida que a gravidez se aproxima do fim.

Assim, no 1º trimestre de gravidez, as experiências emocionais da mulher parecem determinadas pelas modificações fisiológicas intensas, mas cuja adaptação implica tempo. Este período é considerado como um tempo de alegria em que a mulher comporta um segredo dentro dela, que vai partilhar com quem desejar, mas também de preocupações e medos, evidenciados sob a forma de alguma tristeza face a esta atual situação (Brazelton & Cramer, 1993). Verifica-se a presença de sentimentos de ambivalência como a dúvida entre estar ou não grávida, mesmo após confirmação clínica, dado que o feto ainda não é objetivamente sentido, e que as alterações corporais ainda são pouco visíveis (Colman & Colman, 1994).

A sonolência aparece como uma das primeiras manifestações na gravidez. De acordo com Soifer (1991), a maior necessidade de dormir tem como finalidade afastar estímulos externos e internos, proporcionando ao organismo o repouso necessário para o trabalho que aí vai vir. Sendo que, no caso de haver insónia esta expressará uma situação externa ansiógena perante a gravidez. Este aumento do sono vem trazer modificações no conteúdo dos sonhos, sendo que neste trimestre os sonhos mostram conteúdos que podem trazer danos à própria pessoa (Colman & Colman, 1994). Por sua vez, Justo (1994, citado por Carmaneiro, 2007), refere que os sonhos nesta época apresentam ameaças e perigos, quer à criança quer à mãe, devido às angústias que surgem em torno da indiferenciação mãe-feto que ocorre durante esta fase da gravidez.

Nesta fase, existe o medo que a atividade sexual vá fazer mal ao feto, sendo as decisões relativamente ao sexo muito contraditórias, e frequentemente abafadas por outras preocupações pessoais decorrentes do estado de gravidez (Colman & Colman, 1994). Sendo que, como sintomas mais frequentes neste período, Soifer (1991) destaca a hipersónia, náuseas e vômitos, distúrbios do apetite através de desejos e aversões a alimento e/ou bebidas; alterações no desejo sexual, mudanças de humor e aumento da sensibilidade.

Por seu turno, os meses que englobam o segundo trimestre da gravidez são considerados como meses calmos (Colman & Colman, 1994), ou ainda como uma fase de maior estabilidade emocional (Maldonado, 1991). As mães apreciam muito os movimentos fetais, o que torna esta fase emocionalmente estável e feliz para a

grávida. Também agora, a mulher está confiante na sua gravidez, os sintomas físicos incómodos desaparecem e já não há ameaça de aborto, tornando-se o bebé uma realidade (Brazelton & Cramer, 1993).

Colman e Colman (1994), apontam que nesta fase aparece o medo da irreversibilidade da forma corporal, sendo que pela primeira vez, a grávida vai aperceber-se de que não controla totalmente essas mudanças, pois elas estão a ser provocadas pelo bebé que está a crescer dentro de si.

Segundo Maldonado (1991) a hipersónia desaparece nesta fase e o desejo sexual tende a diminuir podendo chegar ao desinteresse total. A mulher encontra-se mais calma, mais retraída e mais concentrada em si mesma, sentindo mais necessidade de receber mais afeto, carinho e atenção, em especial do companheiro/marido. Neste sentido, Colman e Colman (1994) referem que é o medo de não poder controlar as alterações da gravidez, que leva a mulher a sentir a necessidade que alguém tome conta dela, podendo fazer um movimento de regressão como transferência da dependência da mãe para a dependência do companheiro.

Durante este período o conteúdo dos sonhos também muda, relaciona-se com algo que está a acontecer a outra pessoa, ou sobre um estranho. O que na opinião de Justo (1994, citado por Camarneiro, 2007), mais não é que o objeto para o qual a mulher transferiu a sua dependência – o marido, sendo necessário consolidar o seu apoio.

No terceiro trimestre verifica-se um aumento da ansiedade devido à proximidade do parto e à mudança de rotina que o nascimento do bebé vai trazer. A ansiedade torna-se mais intensa nos dias que antecedem a data prevista do parto, e tende a intensificar-se quando a data é ultrapassada (Astbury, 1980, citado por Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005). A grávida, nesta altura, tem medos que são habitualmente apresentados em fantasias e sonhos, volta a ter alterações na sexualidade, e podem ocorrer sintomas psicossomáticos. Os sonhos são geralmente sobre bebés, crianças e parto, parecendo refletir a realidade. Conteúdos ansiógenos surgem mais frequentemente, sendo comum tratar-se da expectativa em relação a si mesma como mãe e em relação ao bebé (Colman & Colman, 1994). Mais precisamente, têm a ver com o medo de morrer no parto, ficar com deformações no corpo ou em ter um filho malformado (Maldonado, 1991).

Os últimos dias que antecedem o parto caracterizam-se, sobretudo, pelo medo da morte no parto (da grávida ou do bebé), pelo medo da dor ou de possíveis complicações durante o parto, que são apontadas como algumas das causas para o

estado de maior ansiedade que vulgarmente é descrito na grávida (Isserlis, Dallay Sutter, Dugnat & Glangeaud-Freudenthal, 2008). Camarneiro (2007) cita um estudo realizado por Justo (1994), onde foi demonstrado que as grávidas mais ansiosas no terceiro trimestre, são aquelas que mais dificuldades vão sentir no relacionamento precoce com os seus bebês.

Em suma, durante o período gravídico podem surgir sentimentos e sensações positivas, bem como um conjunto de manifestações de ansiedade, que constituem “sinais de aviso” que podem conduzir a algumas preocupações. Neste sentido, não é a manifestação de ansiedade mas a intensidade que esta evidencia que pode vir a comprometer o decurso da gravidez, uma vez que as capacidades de adaptação da mulher à mudança são árduas (Bayle, 2006).

### ➤ **Parto**

O parto é o primeiro momento de separação entre a mãe e o bebê, provocando na mulher “a nostalgia da plenitude da «barriga grande, cheia de vida», para de repente se encontrar com a barriga vazia”, mas onde se encontrará com o bebê real e com as várias angústias e ansiedades que este comportará, como o medo de não saber ocupar-se bem dele ou de não saber compreendê-lo (Bayle, 2006, p.102).

Trata-se de um processo marcante na vida da mulher, com repercussões profundas ao nível físico, emocional e social, que ultrapassará o processo de gravidez e puerpério (Lopes, Donelli, Lima & Piccinini, 2005). Para Teissiere (2008), este processo é um momento crítico, na medida em que é uma prova da realidade tão esperada mas desconhecida, manifestando-se por sentimentos de angústia e temores irracionais que têm a ver com o inconsciente coletivo e pessoal da mulher. Por sua vez, Bayle (2006), acrescenta que, em especial, quando se trata do primeiro filho, a mulher experiencia um momento de angústia que é difícil de ultrapassar, pois já ouviu histórias sobre as dores do parto, as complicações possíveis para a mãe e para o filho, enfim, adquiriu um conjunto de conhecimentos que lhe são desconhecidos por nunca ter vivenciado tal experiência.

Segundo Pacheco et al., (2005), o comportamento da mulher durante o parto será determinado pelas expectativas que ela vai elaborando durante a gravidez, sobre o modo como irá decorrer esta experiência. Assim, entre outros aspetos, estes autores referem que, é especialmente através dos seus medos, do tipo de preparação que realizará, o local que escolherá, se recorrerá ou não a métodos e técnicas de controlo da dor, as pessoas que desejará ter ou não presentes que a mulher vai antecipar e

determinar esta experiência. Sendo, também destacado por Lopes et al. (2005) que, o parto se encontra associado a grandes níveis de ansiedade, medo e expectativas, que testam a aptidão da mulher para gerar, para cuidar e para amamentar o bebê.

Desta forma, este processo assume-se como um momento de grande relevância na vida da mulher, sendo que a forma como esta vai vivenciá-lo será decisiva para o seu bem-estar psicológico, e para o modo como irá relacionar-se com o bebê (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004; Correia & Sereno, 2012). Neste sentido, investigadores têm sugerido que a construção de uma percepção mais positiva de experiência de parto, pode ser essencial à adaptação da mulher ao novo papel durante o período pós-natal, bem como à sua disposição para prestar cuidados ao bebê e ter outros filhos (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007).

### ➤ Pós-parto ou Puerpério

Nesta fase ocorre, um reajustamento biofisiológico, simultaneamente a um reajustamento psicológico, ao nível da imagem do corpo e dos papéis relacionais familiares (Camarneiro, 2007). Trata-se, de uma fase de alteração emocional provisória, onde existe uma maior vulnerabilidade psíquica (Sarmiento & Setúbal, 2003), sendo destacado por vários autores que o nascimento do bebê é uma fase que desperta muitas ansiedades, e os sintomas depressivos podem ser frequentes (e.g., Isserlis, et al., 2008; Sarmiento & Setúbal, 2003).

Bayle (2006) sublinha que nesta fase, as mulheres receiam frequentemente abordar os seus sentimentos, pois não entendem o estado de hipersensibilidade em que se encontram, sobretudo quando passam pelo estágio de *baby-blues*. Depois, como refere esta autora, na maternidade como as atenções se focalizam no bebê, e este sendo um período de fragilidade e hipersensibilidade, toda a mulher gostaria de estar no centro de atenção, sendo que pode ser habitual que ela tenha o sentimento de profundo abandono, mesmo quando acompanhada e apoiada pelos familiares.

Neste sentido, Isserlis et al. (2008) referem que no período do pós-parto imediato, as mulheres podem sentir uma grande variedade de sentimentos quer positivos quer negativos. Sendo que, como sentimentos positivos estas autoras apontam que as mães podem evidenciar: elação, satisfação, ânimo, reaproximação ao companheiro, sentimento de constituir família, sensação de ter conseguido, amor instantâneo pelo bebê, ligação afetiva ao bebê progressiva, desenvolvimento de sentimentos maternos, entre outros. Por seu turno, como sentimentos negativos, apontam: esgotamento, desprendimento, desinteresse pelo bebê, decepção face ao

sexo ou aparência deste, decepção com a falta de apoio, apreensão relativa ao meio hospitalar, necessidade de um apoio feminino, sentimento de impotência, receio de assumir a responsabilidade do bebê, sentimento de vulnerabilidade, ambivalência face ao bebê, ansiedade com o aleitamento, receio de não vir a responder às expectativas da sociedade, entre outros. Depois deste período, estas autoras afirmam que as respostas emocionais podem incluir: fadiga; emotividade acrescida; ansiedades (e.g., com a alimentação e saúde e bem-estar do bebê); vulnerabilidade; perda de interesse sexual; ansiedade aumentada perante decisões quotidianas; e medo de perder o controlo da rotina diária.

Figura 1: Síntese das manifestações psicofisiológicas que podem ocorrer durante a Gravidez, Parto e Puerpério (adaptado de Camarneiro, 2007)

<b>GRAVIDEZ</b>	1. <sup>o</sup> Trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações emocionais determinadas por modificações fisiológicas</li> <li>- Ajuste psicológico da mulher face à sua condição de futura mãe</li> <li>- Sentimento de ambivalência afetiva, caracterizada muitas vezes por oscilações de humor e sensibilidade aumentada</li> <li>- Manifestações físicas relevantes como sejam as náuseas e vômitos</li> <li>- Distúrbios a nível do apetite</li> <li>- Alterações do desejo sexual</li> </ul>
	2. <sup>o</sup> Trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceção dos movimentos fetais, que se pode tornar distorcida se os níveis de ansiedade se elevam</li> <li>- Objetalização da criança como diferente, mas não ainda separada do corpo e do psiquismo materno</li> <li>- Preocupação da mulher com as suas modificações corporais</li> <li>- Medo da irreversibilidade da forma do corpo</li> <li>- Alterações da sexualidade</li> <li>- Introversão e passividade da mulher</li> <li>- Transferência da dependência da mãe para a dependência do companheiro</li> <li>- Mudança no conteúdo dos sonhos, que passam a relacionar-se com outros ou com estranhos</li> </ul>
	3. <sup>o</sup> Trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da ansiedade decorrente da aproximação do parto</li> <li>- Sentimentos de ambivalência</li> <li>- Medos, expressos por fantasia e sonhos</li> <li>- Diminuição da sexualidade</li> <li>- Rápida modificação da imagem corporal</li> <li>- Desconforto físico</li> <li>- Medo do parto.</li> </ul>
<b>PARTO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temores irracionais do parto mediados pelo inconsciente coletivo</li> <li>- Sentimentos de angústia intensos (nomeadamente de separação)</li> <li>- Mudanças fisiológicas rápidas e intensas</li> <li>- Confronto com o bebê real</li> </ul>
<b>PUERPÉRIO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Readaptação biofisiológica</li> <li>- Readaptação psicológica (ao nível do corpo e dos papéis relacionais e familiares)</li> <li>- Período determinante na relação com o bebê</li> <li>- Mudanças familiares e sociais</li> </ul>

## **2.2. Um percurso de elaboração psicológica peculiar**

A maternidade humana não é exclusivamente garantida por uma programação natural e genética, mas depende também de uma elaboração psíquica que permitirá à mulher desenvolver o desejo e a possibilidade de ser mãe (Delassus et al., 2010). Neste sentido, a mulher não nasce mãe, ela torna-se mãe, e tal exige um intenso trabalho psíquico da sua parte (Bergeret- Amselek, 2002; Delassus, 2007).

Nesta linha de pensamento, Stern e Bruschiweiler-Stern (2000), sublinham que durante o processo de se tornar mãe, a mulher desenvolve uma organização psicológica importante e essencialmente diferente daquela que teve até então. Assim, esta trata-se de uma etapa da vida da mulher que surge simultaneamente como uma oportunidade de desenvolvimento pessoal, e ainda como um momento chave para aquisição de novas vulnerabilidades e descompensações, colocando à prova as capacidades de adaptação da mulher, bem como o desenvolvimento da criança com consequências ao longo da sua vida (Brito, 2005, 2009; Missonnier, 2009; Molénat, 2009).

É nesta ótica que, seguidamente, vamos abordar esta elaboração e reorganização mental peculiar que a mulher experiencia durante este período para se preparar para o novo papel de mãe. Abordaremos igualmente, numa perspetiva desenvolvimental, esta caminhada de transição de mulher a mãe e consequente adaptação à maternidade, vai obrigar a mulher em primeiro a vivenciar uma crise específica que terá de resolver positivamente, e em segundo, a realizar um conjunto de tarefas desenvolvimentais (Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005; Colman & Colman, 1994).

### **2.2.1. Passagem por desequilíbrio psíquico sadio e necessário**

Winnicott (1969,1992) foi um dos primeiros autores a referir a existência de um estado psíquico peculiar no qual a mulher se encontra num nível de intensa hipersensibilidade, verificável antes do parto e até às primeiras semanas do puerpério, o qual designa de “preocupação materna primária”. Este estado noutras circunstâncias poderia ser considerado como patológico, mas neste contexto é saudável e esperado. Este autor refere que,

no nascimento do seu bebé, a mãe alcança um estado do qual, normalmente, ela se remete ao fim das semanas e dos meses que seguem o nascimento do bebé, estado

durante o qual, em larga medida, ela é o bebê e o bebê é ela. Isto não tem nada de misterioso. Antes de tudo, ela também foi um bebê e ela lembra-se disso. Ela recorda-se igualmente dos cuidados que lhe foram dados e estas recordações constituem ora uma ajuda, ora um obstáculo na sua própria experiência de mãe (Winnicott, 1992, p.26).

Assim, segundo este autor, esta “doença normal” permite à mãe compreender e adaptar-se às necessidades essenciais do bebê com sensibilidade e delicadeza. E, acrescenta ainda, que uma mãe que seja “normalmente dedicada ao seu filho”, deve ter a capacidade de atingir este estado de hipersensibilidade, assim como depois deve ter a capacidade de ultrapassá-lo.

Na mesma linha de pensamento, Bydlowski (1997) indica que a gravidez é um período de grande vulnerabilidade psíquica, pois a mulher encontra-se num estado psíquico peculiar, onde os fragmentos do inconsciente acedem à consciência, estado que denomina de “transparência psíquica”. De acordo com esta autora, durante a gravidez o inconsciente encontra-se transformado e não guarda mais “em segredo” o seu conteúdo. Trata-se de um momento de grande elaboração interna e de questionamento, pois o inconsciente encontra-se acessível, vulnerável e suscetível, permitindo que os conflitos recalcados que ativamente procuram a saída para a consciência, a encontrem agora de forma facilitada. Assim, esta autora refere que, é frequente na grávida que, lembranças da infância por vezes traumáticas e o aparecimento de afetos e representações inconscientes se tornem neste momento conscientes, o que pode conduzir a graus de suscetibilidade.

Neste sentido, Missonnier (2003) enfatiza que este estado vai permitir reorganizar as posições psíquicas problemáticas em ligação com conflitos antigos que a gravidez vem reativar. Deste modo, este estado de desequilíbrio psíquico é necessário, e independentemente do estado de saúde psicológico da mulher. Contudo, as mulheres mais vulneráveis irão ter mais dificuldades em se ajustarem à maternidade (Bydlowski, 1997).

### **2.2.2. Vivência de uma crise específica**

A transição para a maternidade é considerado um dos acontecimentos de vida mais importantes em termos desenvolvimentais (Mercer, 2004), dado que é um processo que ocorre para além da gravidez e se estende a longo prazo, onde ser mãe implica também a uma adaptação constante entre expectativas e realidades (Colman

& Colman, 1994). Nesta perspectiva, o nascimento de um filho, e principalmente se for o primeiro, acarreta grandes mudanças e tem um grande impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos, modificando irreversivelmente a identidade, os papéis e as funções da mãe, do pai, e de toda a família (Colman & Colman, 1994; Canavarro & Pedrosa, 2005; Relvas & Lourenço, 2001).

Carvalho, Loureiro e Simões (2006) citando Vaz Serra (1999), explicam que quando um indivíduo se vê confrontado a uma situação a que confere importância, e que lhe implica certas exigências para as quais ele julga não ter competências nem recursos pessoais e sociais para a ultrapassar, esta circunstância pode gerar-lhe *stress*. Neste sentido, a vivência de uma crise pela mulher no período gravídico justifica-se pelo facto desta ter de realizar várias adaptações e mudanças a nível somático, fisiológico, psicológico e familiar, que provocam *stress* (Carvalho et al., 2006).

Segundo Canavarro (2001), estas mudanças trazidas pelos processos de gravidez e maternidade, provocam *stress* visto que envolvem ganhos e perdas, associados às representações de gravidez e maternidade que cada mulher possui, e porque requerem repostas cognitivas, emocionais e comportamentais que normalmente não inteiram o reportório comportamental da mulher, exigindo uma adaptação peculiar. Sendo que, este *stress* vai implicar a necessidade de reorganização, que pode levar a níveis de funcionamento mais adaptados, através da resolução bem sucedida de tarefas desenvolvimentais próprias a este período, como veremos à frente.

Colman e Colman (1994), referem-se à vivência de uma crise no período gravidez no sentido de “transformação” ou “ponto crucial”, onde consideram que se trata de uma fase de maior suscetibilidade face às situações que provocam angústias. Estes autores assinalam que, há uma mudança, interna e externa, com transformação pessoal e social, sendo que se a integração se faz de forma ajustada, há crescimento e desenvolvimento, caso tal não se verifique pode surgir a patologia.

Por sua vez, Bydlowski (1997) denota que, o período da gravidez é um período de crise maturativa, que implica uma mobilização de energia, ansiedade e reativação de conflitos latentes, mas também, se apresenta como uma procura e um envolvimento nas novas realidades. Esta autora refere que, tal como acontece com o adolescente que procura deixar a infância para se tornar adulto, a grávida deve na mesma forma mudar de geração, ou seja, ela deve aceitar passar do estatuto de filha ao de mãe, bem como aceitar ver os seus próprios pais no papel de avós. Sendo que,



tal nem sempre se faz sem dificuldades, pois, não é raro que este movimento identitário natural, seja gerador de crises de ansiedades importantes.

O tempo da gravidez assume-se, assim, como um acontecimento relevante na vida da mulher. Como tem sido destacado pelos autores supracitados, este período pode ser desafiador e ao mesmo tempo ameaçador da estrutura psicológica da mulher, pois esta revive intensamente conflitos da sua vida anterior e problemas não resolvidos, e revive e integra as identificações que fez ao longo da vida, sintetizando o seu desenvolvimento. Neste sentido, a gravidez pode ser uma oportunidade de mudança, evolução e desenvolvimento, mas também pode ser um momento de risco de bloqueamento/dificuldade (Carvalho et al., 2006).

### **2.2.3. Resolução de tarefas desenvolvimentais**

A transição para a maternidade sendo um período de desenvolvimento, tal como outros períodos de desenvolvimento que fazem parte do ciclo vital, exige a resolução de tarefas desenvolvimentais específicas (Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005). Neste sentido, Justo (1990) refere que, a mulher durante a gravidez, juntamente com adaptações fisiológicas que faz neste período, faz também adaptações psicológicas que lhe permitem desenvolver e integrar várias competências e conhecimentos essenciais para efetuar uma transição segura para a maternidade. Sendo que, é a integração destas adaptações psicológicas num conjunto de tarefas, que possibilita que a mulher aceite que carrega dentro de si um ser diferente e autónomo, e do qual vai ter que se separar.

Deste modo, alguns autores (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994) apontam um conjunto de sete tarefas desenvolvimentais a resolver desde a gravidez ao puerpério (Figura 2), que permitirão à mulher adaptar-se à maternidade. Estas tarefas encontram-se interligadas entre si, e normalmente, não acontecem de forma aleatória. Assim, em cada trimestre da gravidez identificam-se determinadas tarefas necessárias para o desenvolvimento cognitivo, emocional e psicológico da mulher, que uma vez que esta as integre, serão substituídas ou acrescentadas por outras tarefas desenvolvimentais, para a continuidade do processo até ao puerpério (Canavarro, 2001). Contudo, importa referir que a relação entre tempo cronológico e tarefa desenvolvimental não é linear, dado que pode dar-se o caso de haver tarefas que ultrapassem ou não se iniciem no período estimado, assim como pode haver variação no tempo de resolução da tarefa de mulher para mulher (Canavarro, 2001). Pode,

também, dar-se o caso de haver sobreposição e associação de tarefas, pois a formação de papéis e identidades não é acumulativa (Colman & Colman, 1994).

Figura 2: Tarefas desenvolvimentais específicas na transição para a Maternidade (adaptado de Canavarro, 2001 e Carvalho et al., 2006)

GRAVIDEZ			PUERPÉRIO (+/- 6 meses)
1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	
<b>Tarefa 1:</b> Aceitar a gravidez	<b>Tarefa 2:</b> Aceitar a realidade do feto		
	<b>Tarefa 3:</b> Reavaliar e reestruturar a relação com os pais		
		<b>Tarefa 4:</b> Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro	
		<b>Tarefa 5:</b> Aceitar o bebé como pessoa separada	
		<b>Tarefa 6:</b> Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade	
		<b>Tarefa 7:</b> Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filhos	

A primeira tarefa consiste na **aceitação da realidade da gravidez**. Sendo que tal não é um dado adquirido nem mesmo nos casos em que a gravidez foi planeada, pelo que é frequente que a mulher experimente ambivalência entre o desejo e o medo de estar grávida (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994). Sendo através do apoio e aceitação do companheiro e familiares mais próximos, que irão ajudar a mulher a ultrapassar esta ambivalência inicial (Canavarro, 2001).

Assim, nesta primeira fase, a mulher tem de aceitar a gravidez, para poder lidar com as tarefas que se seguem neste período de desenvolvimento, o que implica passar pela aceitação das mudanças que este novo estado impõe. Esta aceitação é traduzida pela necessidade de mudar as rotinas de vida, de se preparar pessoalmente, o seu corpo e a sua família para a chegada de um novo ser (Justo, 1990).

A tarefa seguinte, que ocorre no segundo trimestre, tem a ver com a **aceitação da realidade do feto**, sendo que a mulher deve começar a perceber o feto não como uma parte do seu corpo, mas como ser distinto de si. Este processo é ajudado pela percepção dos movimentos fetais, ou pela e a visualização das ecografias. Esta fase, constitui o ponto de partida para a diferenciação materno-fetal, que se traduz na aceitação do feto como pessoa separada, com uma identidade própria, tornando-se primordial para o processo de vinculação, para a preparação para o nascimento e para a separação física do parto (Brazelton & Cramer, 1993; Canavarro, 2001).

Com o decorrer deste trimestre, a grávida terá de **reavaliar e reestruturar a relação com os pais** no passado e no presente (Canavarro & Pedrosa, 2005), e em especial com mãe (Canavarro, 2001), o que determina a terceira tarefa desenvolvimental da gravidez. Com o nascimento do bebé, é importante que a mulher inicie o processo de identificação enquanto mãe. Sendo que para tal, vai procurar referências aos modelos maternos que conhece, especialmente aos da sua mãe, de forma a encontrar exemplos de como se comportar e se preparar para o nascimento do bebé. As memórias enquanto filha podem aparecer agora, quando a grávida reavalia o tipo de relacionamento que teve com a mãe (Carvalho et al., 2006).

A representação que a mulher tem dos seus próprios pais é fundamental, quer pelas suas expectativas em relação ao comportamento no papel de avós, quer pelo modo como reavalia a relação estabelecida com eles ao longo da sua infância e adolescência, integrando experiências positivas e negativas que teve enquanto filha, aceitando o bom desempenho dos pais e simultaneamente, os seus fracassos e limitações. De acordo com Canavarro (2001), a realização desta tarefa vai permitir à mulher adotar os comportamentos adequados dos seus pais, substituindo por outros aqueles que considere estar desajustados à sua situação e contexto. E, ainda vai-lhe permitir no futuro, aceitar e lidar melhor com as suas próprias falhas enquanto mãe.

No decorrer da gravidez, já no início do terceiro trimestre o casal prepara-se para integrar o bebé como novo membro na relação, **o que levará uma reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro**, o que constitui a quarta tarefa da gravidez. Colman e Colman (1994) sublinham que com a chegada do bebé, a relação conjugal vai sofrer algumas mudanças a nível afetivo, sexual e na rotina diária, sendo fundamental nesta fase um ajuste da aliança conjugal, para a formação da aliança parental que permita a partilha e articulação das tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspetos da vida, bem como a promoção de suporte emocional entre ambos. Neste sentido, esta tarefa implica que a mulher lide

com novas questões no relacionamento conjugal, dado que com o nascimento de um filho, em particular do primeiro, o companheiro passa a ser mais do que o parceiro afetivo, passando a ser o pai com quem serão partilhadas muitas responsabilidades no cuidar e educar a criança (Canavarro, 2001).

Já no fim da gravidez, a quinta tarefa prende-se com a **aceitação do bebé como pessoa separada**. Esta tarefa tem a ver com a preparação para a separação física que ocorrerá com o parto, o que implica que a mulher se descentralize da gravidez para que possa aceitar o bebé enquanto pessoa separada, mas com necessidades próprias e peculiares (Justo, 1990; Brazelton & Cramer, 1993). Segundo Canavarro (2001), esta preparação para a separação é concretizada com o parto, podendo ser marcada por momentos de alguma ansiedade, sobretudo nas mulheres primíparas. Contudo, salienta que esta tarefa não termina com a separação física entre mãe e filho, prolonga-se ainda pelo período de puerpério, considerado por muitos como o “quarto trimestre de gravidez”. Ainda, de acordo com esta autora, a mulher nesta fase deve realizar várias aprendizagens, sendo-lhe colocado um grande desafio que é o de ser capaz de conseguir interpretar e responder ao comportamento do bebé, e simultaneamente aceitá-lo como pessoa separada com características e necessidades próprias.

Após o parto, há necessidade de reavaliar dos ganhos e perdas que a maternidade proporcionou, o que implica que a mulher faça uma **reavaliação e reestruturação da sua própria identidade**, que constitui a sexta tarefa desenvolvimental (Canavarro, 2001). Assim, a mulher deverá fazer uma integração do papel, da função e do significado da maternidade, através da reavaliação, bem como a aceitação das mudanças implicadas por este novo estágio, e adaptar-se de acordo com a sua identidade prévia (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Importa ainda referir que, para as múltiplas, existe ainda a sétima tarefa que, implica **reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)**.

Em suma, se a mulher for capaz de ultrapassar todas estas tarefas juntando-as na sua competência para cuidar e educar harmoniosamente uma criança, podemos dizer que conseguiu adaptar-se à maternidade (Carvalho et al., 2006). Todavia, como salienta Canavarro (2001), importa ainda ter em conta que neste processo de adaptação à maternidade, para além do significado que a mulher confere à maternidade, existem outros fatores intervenientes que também assumem um papel relevante e que dizem respeito não só à mulher (e.g., o decurso obstétrico da gravidez e do parto, a paridade, a idade, o tipo de relacionamento passado com a mãe, o

historial psiquiátrico, antecedentes familiares, comportamento social e emocional e acontecimentos de vida no ano anterior à gravidez), mas também ao bebé (e.g., o peso à nascença, a saúde física e o temperamento), e ao meio envolvente (e.g., o relacionamento conjugal, o apoio por parte do meio relacional mais próximo e o apoio institucional na maternidade, antes e após o parto; e pediátrico, após a saída da maternidade).

### **2.3. A influência do contexto sociocultural**

Como refere Correia (1998), a forma como a mulher vivencia a gravidez e a maternidade encontra-se associada às características intrínsecas da própria mulher, como também ao contexto cultural, sendo que este último vai influenciar os sentimentos e o seu modo de agir nessas etapas. Esta autora afirma que apesar de não ser de fácil interpretação, é a forte interação entre estes dois fatores, que importa considerar para pensar e refletir a maternidade.

Stern e Bruschweiler-Stern (2000) acrescentam que a maternidade ocupa um lugar na sociedade, com expectativas que lhe são próprias, podendo a mulher se opor ou aderir a essas expectativas, mas sendo de uma forma ou de outra não tem como ignorá-las.

Ter um filho é um acontecimento considerado de modo diferente nas várias sociedades havendo, portanto, uma grande variabilidade na expressão da maternidade (Correia,1998).

Segundo, Isserlis et al. (2008), todas as sociedades conferem uma especial importância e ajuda a esta passagem da mulher a mãe, através de rituais próprios, que são levados a cabo pela mulher ou pelo seu contexto social durante este período. Estes rituais são, assim, uma forma de reconhecimento e de resposta social às necessidades físicas e emocionais da mulher neste período de transição, como por exemplo, é o caso da licença de maternidade. Contudo, tem sido apontado que o contexto sociocultural no qual a mulher se insere nem sempre lhe oferece uma resposta favorável, existindo situações em que as mulheres se encontram social e psicologicamente pouco apoiadas durante esta transição, em especial, quando esta passagem é marcada por dificuldades e sofrimento psíquico (Marinopoulos, 2010; Perrenet-Serrurier, 1993; Rapoport & Piccinini, 2006).

Neste sentido, Marinopoulos (2010, p.236) refere que, “a nossa sociedade quer ver o nascimento como a chegada de um bebé perfeito, desassociando a violência que ele representa também do ponto de vista psíquico”. Acrescenta, ainda, que o facto de a sociedade atual ser marcada por novos valores de performance, faz com que tudo tenha de ser próspero, a começar pelas mães, que devem mostrar-se capazes sejam quais forem as circunstâncias, e revelarem-se invulneráveis nesta transição de mulher a mãe, havendo que uma “cumplicidade cultural do silêncio” para não se falar e aceitar o que não acontece deste modo. Assim, tal como afirma esta autora, a sociedade não se mostra disponível para acolher a expressão de sofrimento psíquico, deixando as mães que apresentam dificuldades, na ambivalência de exprimir ou não o que vivenciam, pois temem a crítica e a rejeição. Este contexto leva a que as mulheres sofram em silêncio e em solidão, o que deixa assim comprometida a boa adaptação ao novo papel de mãe.

### **3. A importância da autoestima materna**

A autoestima refere-se ao juízo de valor que o indivíduo tem acerca de si próprio (Maçola, Vale & Carmona, 2010). O seu desenvolvimento depende do sentimento de o indivíduo se amar a si próprio e de se sentir competente, que pode ser modificado na relação do indivíduo consigo mesmo, com as suas ações e com os outros. Trata-se de uma das dimensões mais importantes da personalidade, pois interfere em tudo o que o indivíduo pensa, diz e faz (André & Lelord, 2008).

André (2005) salienta que uma das funções da autoestima será a de reforçar a capacidade do indivíduo para agir de modo eficaz, protegendo-o na adversidade. Assim, segundo este autor, um indivíduo com uma autoestima baixa atua com maior prudência e hesitação nas várias situações e ações, renunciando às mesmas mais facilmente se encontrar dificuldades, o que faz com que em geral adote uma atitude de procrastinação. Por sua vez, um indivíduo com uma autoestima elevada, toma mais facilmente a decisão de agir, persistindo e fazendo face às dificuldades. Este autor denota, ainda, que o bem-estar e a estabilidade emocional são dependentes do nível de autoestima que um indivíduo possui.

A maternidade é uma experiência extremamente significativa e com grande valor afetivo para a mulher, onde sentir-se confiante e segura no papel de mãe, sendo

capaz de realizá-lo com prazer e sucesso, afetará sem dúvida a sua autoestima e bem-estar emocional (Felice, 2006).

Maçola et al. (2010) destacam que a autoestima materna revela-se um fator importante, pois para fazer face aos desafios que a maternidade comporta, quanto melhor o estado emocional da mulher, maior probabilidade terá em consegui-los ultrapassar com sucesso.

Brazelton (1985) e Winnicott (1992) defendem que toda a mãe tem capacidades para cuidar e estabelecer vínculos com o seu bebé, necessitando para isso estar envolvida, confiante e dedicar-se a ele. Deste modo, e tendo em conta a autoestima enquanto sinónimo de autoeficácia, que indica o sentimento de confiança que um indivíduo tem para realizar as tarefas que lhe são propostas, esta é essencial para a mulher nesta passagem para a maternidade, pois ela precisa se sentir confiante para assumir o novo papel de mãe (Dias et al., 2008).

Bayle (2006) acrescenta que a autoestima materna é relevante no processo de interação com a criança, uma vez que quanto mais a mãe tiver uma boa imagem de si mesma, melhor cuidará do seu filho. Neste âmbito, tem sido sugerido em estudos que o nível de autoestima materna é um importante preditor de competências maternas e de alta qualidade na interação mãe-bebé (e.g., Dubow & Luster, 1990; Darvill, Skirton & Farrand, 2010). Sendo considerado, um fator fundamental para o desenvolvimento do vínculo materno ao bebé (Drake, Humenick, Amankwaa, Younger & Roux, 2007; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett, & Charles, 2004; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks & Cannella, 2009).

A literatura tem também apontado algumas pesquisas que destacam fatores que se encontram associados a níveis baixos ou elevados de autoestima materna durante este período de transição.

Por exemplo, um estudo realizado por Taubman-Ben-Ari, Shlomo, Sivan e Dolizki (2009) demonstrou que para além da autoestima materna, estar positivamente relacionada com a saúde mental, ela também está negativamente relacionada com os custos percebidos com o nascimento de um filho. Neste sentido, este estudo indicou que o processo de transição para a maternidade pode ter efeitos positivos na autoestima da mulher, quando esta lhe concede um novo significado para a vida, se sente competente, e quando reconhece os ganhos para si e para o contexto social. Neste sentido, uma pesquisa realizada por Darvill et al. (2010) sugeriu que o sentimento de controlo das novas situações que este processo comporta, e o

sentimento de competência nos cuidados a ter com criança, favorecem a autoestima materna.

Por outro lado, pesquisas realizadas durante este período têm demonstrado que, uma baixa autoestima se encontra associada significativamente a perturbações da ansiedade e estados depressivos (e.g., Jomeen & Martin, 2005). E, para além destas perturbações, a sintomas somáticos que afetam a rotina diária, com impactos negativos na interação mãe-bebé (e.g., Silva et al., 2010). Outros estudos apontam que, níveis baixos de autoestima na mulher se encontram associados a baixos níveis de escolaridade, a uma gravidez não planeada, e à falta de apoio do companheiro para cuidar do bebé após o nascimento (e.g., Maçola et al., 2010).

Por sua vez, um estudo realizado por Barclay, Everitt, Rogan, Shmied e Wyllie (1997) sugere que uma atitude intrusa, insensível e orientações contraditórias da parte dos profissionais diminui a autoestima da mulher e dificulta o seu processo de transição para a maternidade.

Tendo em conta a preponderância que a autoestima assume no processo de transição para a maternidade, tem sido destacado por certos autores que, a autoestima materna deve constituir um fator a considerar e a promover pelos profissionais de saúde, através do acompanhamento que proporcionam à mulher durante este período (e.g., Brazelton, 1985; Jomeen & Martin, 2005; Klein & Guedes, 2005; Maçola et al., 2010).



## Capítulo II - Vinculação Materna

### 1. Definição e importância

Bowlby (1989) na sua teoria da vinculação ou *attachment*, descreve-a como um afeto específico de um indivíduo relativamente a outro, que designa uma pulsão de vinculação primária que não tem nenhuma ligação à alimentação ou a libido, sendo uma necessidade universal a todos os seres humanos e que se divide em três partes. A primeira parte corresponde à pré-história da vinculação, onde o casal vai elaborar o desejo do filho. Por sua vez, a segunda refere-se ao desenvolvimento da vinculação, que considera o modo como os pais se adaptam às diferentes etapas da gravidez. Por fim, a terceira parte da vinculação é o que vai permitir a “tricotagem relacional”, através de uma adaptação recíproca e com o bebé a responder às fantasias parentais.

Para este autor o desenvolvimento dos *sistemas comportamentais* da criança, que se destinam a regular a predisposição inata do indivíduo para a formação de vínculos afetivos, faz-se na interação com o mundo que o rodeia, e em especial, com a figura principal, a mãe. Os comportamentos de vinculação têm como função a proteção de si próprio, visto que as figuras de vinculação darão segurança quando o bebé se sentir em perigo. Em especial, a figura parental é considerada o “refúgio seguro” para o qual o bebé pode recorrer em situações de *stress*. Ainda de acordo com este autor, a qualidade da vinculação depende da dinâmica entre as necessidades da criança e a capacidade da figura parental para responder de modo adequado e no momento oportuno. Sendo que, a vinculação é a base que vai proporcionar o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da criança.

A vinculação apresenta-se, assim, como uma ligação afetiva singular de um indivíduo a um outro, sendo que a primeira ligação estabelece-se entre a mãe e o bebé (Bayle, 2006).

Neste sentido, George e Solomon (1999, citados por Figueiredo, 2005), designam de *maternal attachment*, o processo de vinculação materna ao bebé, que compreende um conjunto próprio de disposições mentais e um repertório comportamental, que permitem a manutenção da proximidade física e psíquica com a criança, determinante para a sua sobrevivência. Estes autores enfatizam a necessidade de se estudar este processo e não apenas a vinculação do bebé à mãe, dada a interdependência que existe entre os sistemas de vinculação da mãe e do bebé.

Por sua vez, o termo *bonding* foi-nos dado por Klaus e Kennel (1976), e define-se como “um vínculo, único e duradouro, que se estabelece desde os primeiros contactos entre a mãe e recém-nascido” (Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005 a, p.135). Este vínculo comporta essencialmente dois aspetos. O primeiro tem a ver com a preocupação com a segurança e bem-estar do bebé, e o segundo refere-se ao investimento emocional e ao espaço psíquico que o bebé preenche no espaço simbólico dos pais (Figueiredo et al., 2005 a). De acordo com estes autores, a intensidade e a qualidade deste vínculo, serão um suporte para toda a sua vida, a base de todos os vínculos que estabelecerão no futuro com os outros indivíduos (Klaus, Kennel & Klaus, 2000).

De um modo geral, a vinculação materna aparece descrita como um processo gradual e interativo de envolvimento afetivo da mãe com o filho (Figueiredo, 2003, 2005; Figueiredo et al., 2005 a). Por sua vez, Maçola et al. (2010) vêem o vínculo materno como a formação de um compromisso emocional, que dirige a mãe a procurar satisfazer as necessidades do filho, sejam elas de alimentação, higiene, carinho ou conforto.

A importância da vinculação dos pais ao bebé é reconhecida por vários autores (e.g., Brazelton & Cramer, 1993; Figueiredo et al., 2005 a; Klaus et al., 2000; Stern, 1997), que a apontam como um fator determinante da qualidade dos cuidados e da interação com o bebé, e conseqüentemente, uma condição decisiva para o bem-estar e desenvolvimento da criança. Porém, apesar de a sua relevância ser tida em conta, há falta de estudos que permitam compreender os aspetos deste processo de envolvimento emocional entre os pais e o filho (Figueiredo, 2005; Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005 b).

## **2. Construção da vinculação materna**

Figueiredo (2003, 2005) após uma revisão da literatura refere que a construção da vinculação materna se funda a partir daquilo que acontece durante a gravidez e, em especial, no e após o parto, com privilégio para os primeiros momentos que se seguem ao parto, ainda que estritamente dependente da emergência de determinadas competências relativas ao bebé. A maior parte da investigação aponta, ainda, que a vinculação da mãe ao bebé não é um dado imediato que ocorre sempre e logo no

primeiro contacto da mãe com o recém-nascido, mas antes um processo gradual, que aumenta ao longo do primeiro ano de vida da criança (e.g., Figueiredo et al., 2005 b).

Neste âmbito, um estudo realizado por Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), indica que a relação mãe-bebé inicia-se no período pré-natal, sendo desde muito cedo que os pais estabelecem uma interação com o feto, a partir de informações que têm como por exemplo sobre o sexo e o modo deste se movimentar, e que determinam a estruturação de um padrão de interação precoce, com tendência a continuar depois o nascimento. Os resultados deste estudo sugerem que conhecer o bebé antes do nascimento, estar com ele, pensar e imaginar as suas características, tem impacto na representação do bebé e da futura relação mãe-bebé.

Contudo, a noção de que a vinculação materna começa na gravidez não é recente. Como vimos no capítulo 1, Winnicott (1992) foi um dos primeiros autores a constatar uma disposição peculiar em relação ao bebé na maioria das mães, desde a gravidez e especial nos momentos que se seguem ao parto, a “preocupação materna primária”. Segundo este autor, será este estado de “preocupação materna primária” e a disponibilidade para o bebé que se forma na mãe, que irão ser determinantes no processo de construção da vinculação materna.

Nesta ótica, Stern (1997) indica que a mãe elabora uma representação do bebé (bebé imaginário) e uma representação de si enquanto mãe, de modo gradual durante a gravidez. A representação que a mãe elabora do bebé torna-se cada vez mais definida a partir do 4.<sup>o</sup> mês, em especial quando percebe os movimentos fetais, e culmina no 7.<sup>o</sup> mês, para depois se tornar menos delimitada, no sentido de uma melhor aceitação das características do bebé real. Igualmente, a representação que a mulher constrói de si enquanto mãe, é progressiva durante a gravidez, e é baseada nas relações que teve no passado com os pais, que agora são revistas. Segundo este autor, são estes dois tipos de representações elaboradas ao longo da gestação, que vão facilitar à mãe a criação de um espaço mental para receber o bebé e criar as disposições necessárias à interação e aos cuidados adequados para com o bebé depois do parto.

Para Sá (2004), a vinculação constrói-se em três etapas. A primeira na gravidez, que denomina de vinculação pré-natal, resultará das representações do bebé fantasmático que é o fruto das fantasias infantis de identificação aos próprios pais, e ainda, das representações do bebé imaginário, que revela a imaginação parental do bebé de acordo com os seus desejos. A ligação que se estabelece ao longo desta fase é promovida pelo anúncio da gravidez, a primeira ecografia

obstétrica, a audição dos batimentos cardíacos fetais e a percepção dos movimentos fetais. A segunda etapa corresponde aos momentos onde ocorre o parto e pós-parto imediato, onde se estabelece a vinculação perinatal, que é influenciada pelo trabalho de parto e o confronto com o bebê real, que agora pode ver, tocar e ouvir. Segundo este autor, a experiência positiva do parto pode facilitar a formação da ligação mãe-bebé. Por último, após este período o autor fala de vinculação pós-natal, a qual se estabelece mediante a capacidade da mãe em responder às necessidades do seu bebê e do *feedback* deste ser gratificante para ela.

Nesta linha de pensamento, Klaus et al. (2000) referem que o planeamento da gravidez, a percepção dos movimentos fetais, a aceitação do feto enquanto pessoa separada, a experiência do trabalho de parto, o nascimento, o contato visual e físico com o bebê, cuidar dele e aceitá-lo enquanto membro individual na família, são elementos importantes para a construção do vínculo materno.

Borsa e Dias (2004) acrescentam que para que a vinculação entre a mãe e o bebê se construa de modo favorável, a mãe precisa estar apta a estabelecer este vínculo, o que só é possível através de uma vivência positiva das suas experiências de gravidez, parto e pós-parto. Segundo estas autoras, os três primeiros meses que se seguem ao nascimento constituem um período peculiarmente importante para a formação do vínculo, tanto para a mãe quanto para o bebê, podendo determinar a qualidade da vinculação que se irá estabelecer entre a díade e, por conseguinte, o desenvolvimento global da criança. Contudo, a consolidação deste processo de vinculação não vai apenas depender da história da mãe, mas também da atitude do bebê, pois vinculação é um processo adaptativo e interativo, dependo assim da sintonia entre a mãe e o bebê, e da confiança que se vai estabelecer entre ambos (Bayle, 2006).

### **3. Fatores determinantes da vinculação materna**

Na sua maioria, a investigação realizada sobre o processo de vinculação da mãe ao bebê tem-se focado, essencialmente, no estudo dos fatores que a podem desfavorecer ou beneficiar. Neste sentido, a literatura tem documentado que na formação do processo de vinculação da mãe ao bebê interferem diversos fatores de cariz biológico, psicológico e sociocultural, que estão relacionados com a gravidez, parto e pós-parto imediato, mas também com a mãe, o pai e o próprio bebê (Figueiredo, 2003, 2005).

Seguidamente serão abordadas as dimensões que têm um impacto na vinculação materna que concernem à mãe, de forma direta ou indireta, e as dimensões que dizem respeito ao bebé.

No que se refere à mãe, do ponto de vista biológico, verifica-se que existem cada vez mais evidências empíricas que destacam as alterações hormonais consequentes da gravidez, parto e pós-parto como um fator promotor da ligação afetiva da mãe ao bebé (Figueiredo, 2003, 2005).

De acordo com alguns autores, o *blues* pós-parto aparece como uma reação consequente destas variações hormonais no seguimento do parto, que se manifesta através de uma reatividade emocional aumentada aos estímulos e em especial ao recém-nascido, o que facilita a aproximação da mãe ao bebé, promovendo assim a vinculação inicial da mãe ao bebé (e.g., Isserlis et al., 2008)

Na mesma linha de pensamento, foi constatado que de modo semelhante ao que se verifica em outras espécies animais, também no homem se constata o papel importante, apesar de não exclusivo, que as hormonas têm sobre o comportamento da mãe ao nível da acuidade sensorial, da tranquilidade emocional e da procura de proximidade com o bebé (Fleming, Rubble, Krieger & Wong, 1997, citados por Figueiredo, 2003). Como exemplo desta verificação, temos o seguinte facto: nos casos em que se observa que os lábios do bebé tocaram os mamilos da mãe na primeira hora após o parto, constata-se que a mãe normalmente decide mantê-lo por mais tempo próximo dela do que quando tal não se verifica (Wildstrom et al., 1990, citados por Figueiredo, 2003), o que é fundamentado pela acrescida ativação hormonal que esta estimulação provoca (Aisaka, Mori, Ogawa & Kigawa, 1985, citados por Figueiredo, 2005).

Os investigadores nos últimos anos têm dado ênfase, nos seus estudos, ao papel que a ocitocina revela ter na vinculação materna. Por exemplo, Klaus et al. (2000) observaram que as mães que têm um parto induzido por esta hormona apresentam valores mais elevados de *bonding* em relação às mães que tiveram analgesia epidural. Estes mesmos autores constaram ainda que a ocitocina, cuja produção é estimulada durante a amamentação a seio, apresenta um efeito tranquilizante na mãe e aumenta a sua disponibilidade para a vinculação, pelo que a apelidaram de “hormona do apego”.

Relativamente às dimensões psicológicas da mãe, que determinam a sua ligação emocional ao bebé, podemos citar um estudo realizado por Isabella (1994) que verificou que mães que apresentam um maior nível de satisfação conjugal e suporte

familiar durante a gravidez, evidenciavam uma maior satisfação ao nível do desempenho dos seus vários papéis a nível pessoal, familiar e profissional. Este facto demonstrou ser preditor de uma maior sensibilidade por parte da mãe na interação com o seu bebé, contribuindo para uma maior qualidade ao nível da relação entre ambos.

Por sua vez, uma pesquisa realizada por Halft e Slade (1989) aponta o estilo de vinculação da mãe como um fator que influencia a ligação com o bebé. Neste sentido, os resultados desta pesquisa sugerem que quando as mães apresentam uma vinculação segura, verifica-se que para além de mais ligadas ao seu bebé, criam interações mais harmonizadas entre ambos, o que favorecerá o desenvolvimento da criança (Figueiredo, 2005).

A investigação tem também referido que o bem-estar e equilíbrio psicológico, e o suporte social têm impactos na vinculação materna. Neste âmbito, um estudo recente demonstrou que as mães que evidenciam menor suporte social, sintomas de ansiedade, depressão e *stress* apresentam menor vinculação ao seu bebé (Airosa & Silva, 2013).

Para Serpa e Suardi (2011), o *stress* durante gravidez apresenta-se também como um dos fatores com maior influência na vinculação pré-natal materna. A este propósito, Figueiredo e Costa (2009) afirmam que quando uma grávida vivencia um nível de *stress* muito intenso, encontra-se absorvida por ele, não conseguindo estar atenta ao bebé nem disponível para se ocupar dele, o que dificulta o estabelecimento de uma ligação positiva ao bebé nesta fase, mas também após o nascimento.

Ainda no período da gravidez, de acordo com um estudo elaborado por Samorinha, Figueiredo e Cruz (2009), a ecografia do 1.º trimestre é um fator que aumenta a vinculação da grávida ao bebé.

No que se refere ao contexto em que se dá o parto várias pesquisas evidenciam este como um dos fatores que mais influencia o estabelecimento da vinculação materna. Por exemplo, alguns destes estudos destacam a influência negativa que a dor e o mal-estar durante o parto têm na disponibilidade da mãe para se vincular de imediato ao seu bebé (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002). Não obstante, constata-se que o facto de dar às mães a possibilidade de participar nas escolhas inerentes ao parto (Devries, Wellememans-Camus & Landeur-Heyrant, 1983, citados por Figueiredo, 2005), bem como possibilitar a presença de uma pessoa que preste apoio e suporte afetivo durante este processo, são fatores promotores de uma

experiência de envolvimento emocional materno ao bebé (Kennel, 1990, citado por Figueiredo, 2005).

Segundo Figueiredo (2005) o tipo de parto tem sido apontado por alguns estudos como um fator suscetível de influenciar a ligação afetiva da mãe ao bebé. Neste sentido, é sugerido que o parto normal beneficia o envolvimento emocional da mãe ao bebé comparativamente ao parto por cesariana, dado que neste último verifica-se uma resposta inicial ao bebé menos positiva. Contudo, este facto pode não se dever propriamente ao tipo de parto em si, mas sim porque no geral o espaço de tempo até se dar o contato inicial entre mãe e filho é maior numa cesariana, o que se torna susceptível de dificultar a vinculação materna. Por sua vez, constata-se que nos partos instrumentais e nos partos em que são usados a analgesia epidural, parecem dificultar a vinculação na mãe e no bebé, visto que este tipo de partos está aliado a níveis de cortisol mais elevados que podem provocar *stress* em ambos. Segundo Klaus et al. (2000) quando a mãe é submetida a analgesia de parto o bebé encontra-se menos interativo, o que dificulta o estabelecimento da vinculação entre ambos.

Nos últimos anos, os estudos têm-se focado no impacto que o fator tipo de parto tem nos níveis hormonais da mãe, sendo que estes últimos parecem comprometer não só o seu estado de humor após o parto e a sua ligação ao bebé, assim como interferir nos níveis hormonais do bebé e na sua resposta interativa, o que por sua vez afeta a disposição da mãe para a vinculação (Figueiredo, 2005).

O período que se segue ao parto é considerado, por vários autores, como o período, por excelência, mais propício à construção deste processo de vinculação materna com efeitos na relação futura da díade e no desenvolvimento e bem-estar da criança. A relevância do pós-parto imediato na vinculação materna reside, por um lado, nas alterações hormonais subsequentes ao parto que tornam a mãe mais atenta e acolhedora face ao bebé, o que promove o seu envolvimento emocional durante este período (Figueiredo, 2003, 2005). Por outro lado, o facto de o bebé, nas primeiras horas depois do parto, se apresentar particularmente disponível para a interação com o meio, comparativamente ao mês seguinte, facilita o envolvimento emocional materno (Brazelton & Cramer, 1993; Klaus et al., 2000; Loureiro & Figueiredo, 2000). Ainda, é nestes momentos que se dá o primeiro contacto visual da mãe com o seu filho, fator que é apontado pela generalidade das mães como o acontecimento mais significativo do ser mãe (Lee, 1995).

Outros autores apontam que a vinculação materna, após o nascimento, é favorecida nos casos em que se verifique a proximidade com o bebé, e é afetada pela separação inicial, sobretudo se esta for prolongada, e ainda pela ameaça de perda do bebé, sugerindo a possibilidade de se estabelecer uma vinculação insegura entre a díade (Feldman et al., 1999, citado por Figueiredo, 2005).

A investigação tem indicado o efeito positivo de certas práticas efetuadas após o parto na experiência de vinculação da mãe ao bebé. Neste sentido, foi demonstrado o facto de se possibilitar o contacto precoce entre a mãe e o bebé, bem como a estimulação para o contacto corpo a corpo e amamentação, promove a vinculação e a interação entre a díade (e.g., Mikiel-Kostyra, Mazur & Boltruszko, 2002). Também se verifica que dar a possibilidade à mãe, para participar nos cuidados a serem prestados ao bebé após o nascimento, aumenta seu envolvimento emocional com o bebé (Devries, Wellememans-Camus & Landeur-Heyrant, 1983, citados por Figueiredo, 2005).

Por fim, importa referir os fatores ligados ao bebé que também vão interferir no envolvimento emocional materno. De facto, o bebé está longe de ser elemento passivo na construção dos vínculos que a sua mãe estabelece consigo, sendo através da particularidade do seu funcionamento que ele vai influenciar o processo interativo entre ambos (Brazelton & Cramer, 1993; Figueiredo, 1996, 2003, 2005; Loureiro & Figueiredo, 2000; Stern, 1997).

Segundo Brazelton e Cramer, (1993), à nascença o bebé apresenta um conjunto de competências sensoriais, motoras e de atenção que foi adquirindo ao longo dos nove meses de vida in útero, que permitem gerar interações de qualidade entre este e a sua mãe, sendo este um fator que possibilita o desenvolvimento de vínculos entre ambos. Por exemplo, apontam que o facto de o bebé logo nas primeiras horas demonstrar a capacidade de seguir o rosto da sua mãe, de mostrar a preferência pela sua voz e reconhecer o seu odor, são dados que fazem a mãe sentir-se única para ele, levando ao fortalecimento da vinculação materna.

No entanto, verifica-se que o envolvimento emocional materno se encontra desfavorecido nos casos em que o bebé apresente recursos de sinalização social reduzidos e um temperamento difícil (Loureiro & Figueiredo, 2000). No mesmo sentido, é verificado uma menor vinculação materna quando o bebé não foi desejado e quando não é do sexo pretendido pela mãe (Carek & Cappeli, 1981, citados por Figueiredo, 2005).



## **Capítulo III - Acompanhamento do estado emocional da mulher no período gravídico-puerperal**

### **1. Necessidade de um acompanhamento de qualidade**

A construção da confiança das mães nas suas competências parentais tem por base a sua história, mas também se constrói ao longo do período perinatal, dependendo bastante da qualidade dos cuidados e do acompanhamento que lhes são prestados pelos profissionais de saúde durante este período. As mulheres que procuram um acompanhamento da parte dos profissionais de saúde durante a gravidez e o nascimento, não esperam que o acompanhamento se fragmente nas suas várias dimensões físicas, psíquicas, sociais e culturais, mas que seja de índole global, integrando-as num percurso de vida (Isserlis et al., 2008).

Neste sentido, Hoga e Reberte (2007) destacam que, independentemente das circunstâncias, toda a mulher tem a necessidade de partilhar as suas perceções, a sua história, de um acompanhamento global da parte daqueles que lhe prestam cuidados, o que lhe proporcionará as condições para uma vivência mais positiva da gravidez, do parto e da maternidade. Por seu turno, Stern (1997) acrescenta que a mulher precisa de se sentir valorizada, que lhe transmitam segurança, apoio, instrução, de um acompanhamento que a conforte no seu novo papel de mãe, e lhe transmita a confiança necessária para que ela própria a encontre, e se sinta confiante para assumir este novo papel.

A humanização do acompanhamento antes e após o nascimento é, cada vez mais, uma necessidade evidenciada pelos casais. Isserlis et al. (2008) sublinham que para tal, é imprescindível que durante um ato técnico, não somente seja disponibilizada uma escuta ativa da parte dos profissionais, mas também uma atenção para com a dimensão psicológica, social e cultural dos pais. O que exige dos profissionais que acompanham estes processos, o desenvolvimento de modalidades de suporte não exclusivamente médicas, assegurando sempre os aspetos físicos, que só a medicina atual tem a capacidade de facultar.

Nesta ótica Molénat (2009), refere que prestar um acompanhamento de qualidade, necessita a valorização da saúde no seu sentido global, ou seja, física e psíquica. Neste sentido, sugere que os profissionais devem escutar as mulheres e modificar as suas práticas. Contudo, salienta que, só escutar não é suficiente, pois as mães necessitam de uma resposta para as suas dúvidas, e os seus medos devem ser acalmados de modo adequado.

A literatura tem apontado a satisfação com os cuidados recebidos como um indicador importante da qualidade do acompanhamento percebido, a ser tido em conta (Camacho et al., 2012; Fitzpatrick, 1997, citado por Waldenstrom & Rudman, 2008). Neste âmbito, um estudo recente realizado por Overgaard, Fenger-Gron e Sandal (2012), procurando avaliar a experiência do nascimento e a percepção das utentes acerca dos cuidados recebidos durante este período, em serviços de saúde cuja intervenção procura ser de qualidade, humanista e centrada na utente, indicou que o cuidado psicossocial traz benefícios para a mãe, conduzindo a uma maior satisfação da sua parte para com a experiência de parto, e para com os cuidados recebidos. Mais precisamente, este estudo revelou que as mulheres manifestaram maior satisfação com o cuidado recebido, quando sentiram a atenção do profissional que prestou cuidados para com as suas necessidades psicológicas e desejos para o nascimento, quando tiveram oportunidades para participar nas tomadas de decisão dos cuidados a receber, e ainda quando se sentiram escutadas e informadas. Deste modo, os resultados deste estudo realçam a importância da prática de um cuidado centrado na mulher, que enfatize a comunicação e apoio emocional durante a experiência de nascimento. Ainda, destacam que, os políticos e profissionais de saúde devem ter em conta as vantagens deste tipo de intervenção, devendo ser uma meta a atingir na prestação de cuidados para com todas as mulheres.

## **2. Intervenção na adaptação à transição para a maternidade**

Vários autores têm apontado como os profissionais de saúde podem atuar durante o período gravídico-puerperal, de modo a realizarem uma intervenção que contribua para ajudar a mulher a ajustar-se de modo positivo a este processo de transição para a maternidade, tendo em conta o seu bem-estar global.

A este propósito, Isserlis et al. (2008) dizem que uma das prioridades que o profissional de saúde que acompanha a mulher nesta fase da sua vida deve ter, é da ajudá-la a expressar as necessidades, sentimentos, expectativas, e a ajudá-la a encontrar recursos que permitirão preparar a vinda do bebé nas melhores condições. Deste modo, referem que é essencial mostrar disponibilidade e atenção, desenvolvendo uma relação empática com a mãe, isto é, uma relação em que ela sinta confiança e compreensão para expor livremente a sua situação, e em especial aquilo que a angustia, sem que se sinta julgada. Saliendam ainda que, não se deve encarar a mulher como uma doente, isto é, como “uma paciente”, pois tal pode

modificar a sua resposta emocional, mas deve-se vê-la como uma pessoa que se encontra em boa saúde e a vivenciar um processo fisiológico peculiar, o que pode contribuir para que esta se sinta bem e se adapte melhor à gravidez.

Nesta linha de pensamento, Klein e Guedes (2008) acrescentam que uma intervenção que dê suporte às grávidas para puderem expressar os seus sentimentos, angústias, dúvidas, medos, dificuldades e preocupações, lhes permite compreender e lidar de forma mais ajustada com esta fase, o que faz com que se sintam melhores, autoconfiantes e dispostas para enfrentar a realidade. Neste sentido, Maçola et al. (2010) ressaltam que o profissional de saúde revelando-se compreensivo e atento para com os sentimentos da mulher, contribui para o bem-estar desta e para a sua vinculação ao bebé.

Na opinião de Piccinini, Gomes, Nardi e Lopes (2008), os profissionais de saúde não devem considerar a grávida como uma futura mãe, pois os seus pensamentos e sentimentos são atuais durante a gravidez, indicando já a existência de uma relação e um espaço psicológico dedicado ao bebé. Deste modo, sublinham a importância de ter em conta este aspeto e, em vez de considerarem que estão face a uma futura mãe e um feto, assumindo que o impacto psicológico surge apenas após o nascimento, enfatizam que é necessário criar empatia com a mãe, com os seus sentimentos e com o próprio bebé. Assim, sugerem que será esta atitude que proporcionará aos profissionais de saúde uma maior possibilidade de acesso ao estado psicológico da mulher e, desta forma, a promoção da saúde da própria grávida e da sua relação com o bebé.

Brito (2009), por sua vez, refere que o bem estar-psicológico é essencial durante a gravidez, e para isso, os profissionais não só devem estar atentos ao estado emocional da mulher, mas também devem mobilizar o envolvimento do cônjuge e de outros membros da sua família próxima. A participação de todos é, de acordo com Hoga e Reberte (2007), um meio facilitador do envolvimento da mulher na gravidez, bem como do seu companheiro, pois contribui para tornar esta etapa num acontecimento mais significativo para o casal e a sua família, assim como para a existência de uma memória familiar positiva e feliz.

Para Pacheco et al. (2005), dado que o comportamento da mulher durante o parto é determinado pela forma como ela concebe esta experiência durante a gravidez, importa conhecer melhor o modo como o parto é antecipado para ajudar a grávida a preparar-se de forma mais adequada, e a participar de modo mais eficiente no parto e, assim, beneficiar de uma adaptação positiva ao pós-parto.

Nesta ótica, Isserlis et al. (2008) referem que é importante ajudar a mulher a preparar o parto, motivando-a a colocar dúvidas, a escolher o melhor método de gestão de dor e a pessoa que gostará que esteja presente, sendo especialmente relevante ajudá-la a elaborar um projeto de nascimento realista. Estas autoras enfatizam ainda que, sobretudo com a primípara, é importante ajudá-la a antecipar as possíveis dificuldades que terá com o bebé, e a adquirir confiança nas suas competências parentais, devendo os profissionais incentivá-la a imaginar soluções, apoiando-se eventualmente em memórias que tenha da infância, propondo possíveis soluções para que ela possa ter várias opções a considerar, e ainda, ajudá-la a refletir sobre as consequências de cada solução. Segundo estas autoras, a mulher em se imaginando mãe, permite-lhe começar a assumir-se enquanto tal, o que facilita a sua adaptação a este novo papel. Neste âmbito, tem sido destacado por várias pesquisas (Frias, 2009, 2011; Frias & Franco, 2008a, 2008b) que a realização de um curso de Preparação Psicoprofiláctica para o nascimento traz benefícios para a mulher, uma vez que lhe proporciona uma preparação física mas também psicológica para o parto, permitindo-lhe experienciá-lo de modo mais ativo, e ainda lhe facultar segurança e dá-lhe confiança para desempenhar o seu novo papel de mãe, sem receios em cuidar do bebé. Sendo assim, importante sensibilizar a mulher a realizá-lo.

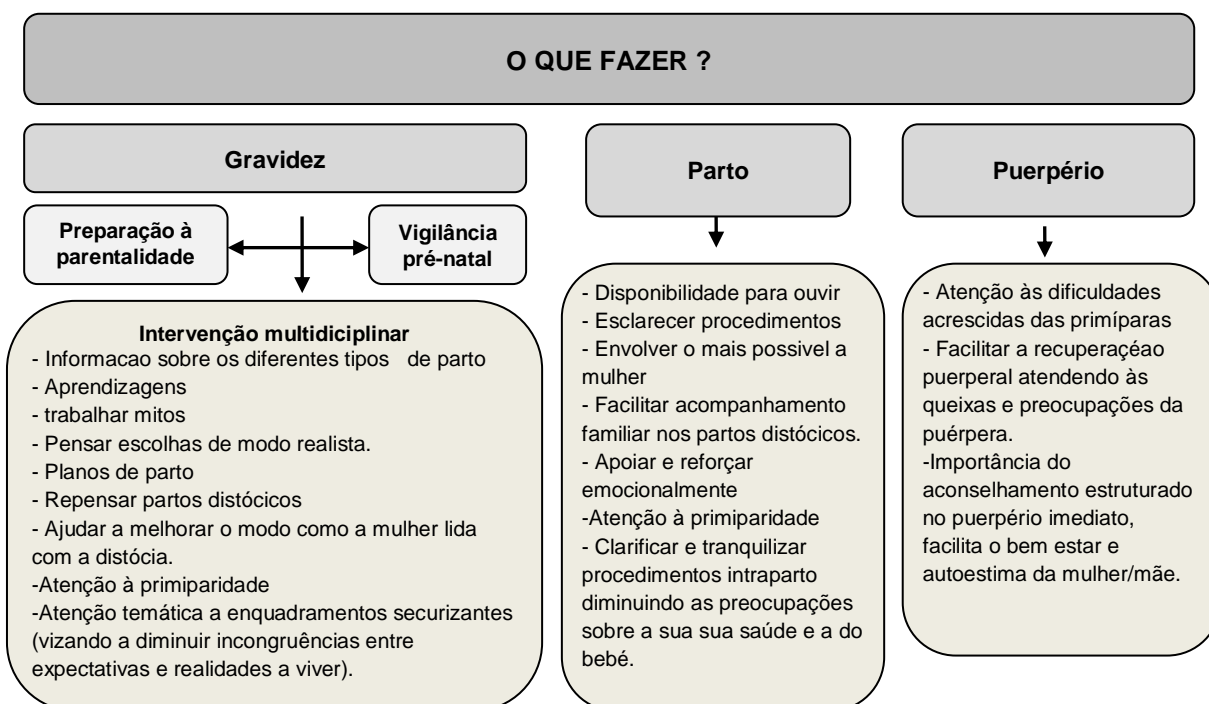
Relativamente ao momento do parto, alguns autores destacam que para ajudar a mulher a vivenciar uma experiência positiva deste processo, os profissionais devem intervir de modo a proporcionar um ambiente íntimo, de apoio, respeito pelas suas necessidades, e onde ela sinta que tem um papel importante. Sendo, ainda, destacado que caso as escolhas que a mulher tenha feito para esta etapa, não tenham podido ser postas em prática, é importante posteriormente explicar-lhe os motivos (Isserlis et al., 2008).

Por sua vez, segundo Conde e Figueiredo (2007) a intervenção dos profissionais de saúde, com vista à promoção do ajustamento parental, será favorecida pela compreensão das mudanças que determinam a experiência psicológica da transição para a parentalidade. Para estas autoras, tal intervenção deverá ter em conta todos os componentes do processo em questão e focar-se nas maiores áreas de preocupação parental. Sendo assim, estará a garantir-se aos pais uma prestação de cuidados adequada, bem como a diminuição da morbilidade associada a esta etapa.

Dentro desta ótica, Isserlis et al. (2008) salientam que os profissionais de saúde devem ter em conta as necessidades e reações emocionais características da gravidez, parto e pós-parto, e que estas assumem tanta importância como as necessidades físicas durante estes períodos. Sendo que, apesar de existirem algumas reações comuns à maioria das mulheres durante a vivência do período gravídico-puerperal, alertam que existem inúmeras respostas a cada um destes processos, e que cada resposta individual deve ser respeitada. Deste modo, estes autores afirmam que compreender e responder às necessidades emocionais da mulher durante este processo de transição para a maternidade, será seguramente um contributo para melhorar o bem-estar da mãe e também do bebé.

Por seu turno, Correia e Sereno (2012) propõem de modo esquemático (figura 4) um modelo de intervenção multidisciplinar, segundo o qual julgam poder articular na gravidez, parto e puerpério uma colaboração promotora de uma experiência adaptativa à maternidade. Assim, segundo estas autoras, este modo intervir permitirá aos profissionais de saúde contribuírem para ajudar uma vivência positiva do período gravídico-puerperal, tendo como meta o bem-estar global da mãe, e que conseqüentemente, trará benefícios para a sua relação com o bebé.

Figura 3: Modelo de Intervenção no período gravídico-puerperal (adaptado de Correia & Sereno, 2012)



### **3. Prevenção precoce da saúde mental**

Se, por um lado, a gravidez tem sido frequentemente referida, ao longo dos anos, como um período de tranquilidade e bem-estar, por outro lado, resultados contraditórios têm aparecido na literatura, revelando que a transição para a Parentalidade se caracteriza por alterações no funcionamento emocional (Carvalho, Loureiro & Simões, 2007).

Neste âmbito, há evidências que no ano que segue o nascimento cerca de 10 a 15 % das mulheres apresentam perturbações do humor, nomeadamente, depressões (Isserlis et al., 2008). E, ainda que 20 a 50% das depressões pós-natais, de acordo com os estudos realizados, se iniciam durante a gravidez (Dayan & Baleyte, 2008). Sendo ainda evidenciado que, a falta de apoio social é um dos fatores que se encontra sistematicamente associado ao mal-estar materno e à depressão pós-parto (Capponi & Horbacz, 2007, 2008), e das graves consequências que estas perturbações podem ter para o desenvolvimento da díade e da criança ao longo do seu desenvolvimento (e.g., Dayan & Baleyte, 2008).

Atualmente, na nossa cultura ocidental o acompanhamento da gravidez é, basicamente realizado pelos profissionais de saúde e com pouco apoio da família e amigos, havendo uma carência de apoio emocional, material ou formativo antes e após o nascimento, em especial para as primíparas. Esta falta de apoio conduz, por vezes, a um isolamento intenso, levando a um diminuição da autoestima, e a um aumento dos níveis de ansiedade e do sentimento de falta de competência. Estas mães saem da maternidade com alguns conhecimentos e depois têm de encontrar soluções para os problemas que se apresentam, sendo que as mais vulneráveis são as que rapidamente se encontram em dificuldade, e a adaptação ao bebé será complicada (Bayle, 2005, 2006). Neste sentido, Capponi e Horbacz (2008), enfatizam que o acompanhamento perinatal deve, para além da segurança médica, participar para a “segurança social”.

Neste âmbito, é indispensável a promoção da saúde mental desde o período pré-natal por parte dos profissionais de saúde, que implicará da sua parte uma ação preventiva destes aspetos.

Nascimento (2003) afirma que, a gravidez assume-se como um momento peculiar e privilegiado para intervir na prevenção da saúde mental, dado que a mulher está submetida a um regime organizado de cuidados de saúde, para os quais na maioria das vezes está motivada e atenta. Por sua vez, Isserlis et al. (2008) destacam

que a gravidez se apresenta como um período propício à prevenção das perturbações psicológicas, pois o facto de a mulher se sentir mais vulnerável durante este período pode, através da escuta atenta e do apoio dos profissionais, facilitar-lhe a possibilidade de reconhecer as suas dificuldades anteriores e levá-la a consultar um profissional de saúde mental. E, como refere Brito (2009), o aparecimento do bebé irá intensificar o desejo reparador e reavivar a vida da família.

Delour (2004) acrescenta que o período perinatal, para além de ser propício ao aparecimento de dificuldades psicológicas potencialmente patológicas, também se apresenta oportuno à sua resolução. Neste sentido, refere que este é um período de grande permeabilidade psíquica, que permite reajustar dificuldades psicológicas que se encontram ligadas a conflitos anteriores que a gravidez vem reativar, e que descurados podem hipotecar a relação precoce da díade, e o desenvolvimento posterior da criança. Este autor sugere que este é um momento especial de acesso ao cuidado psicológico, que não dura que alguns meses, sendo que por isso, importa conceder uma atenção especial a todas as mães mesmo as que têm uma gravidez de “baixo risco” médico e social, mas que pode vir a revelar vulnerabilidades particulares relacionadas com a história pessoal ou familiar, que é importante recolher.

Os profissionais de saúde que acompanham a mulher desde a gravidez, encontram-se numa posição privilegiada para assegurar a saúde mental da mulher durante o período perinatal, proporcionando constância e continuidade do acompanhamento, criando redes de apoio necessárias a cada mulher, podem participar na redução da morbilidade e repercussões das perturbações psicológicas na criança e da família a longo prazo (Isserlis et al., 2008).

### **3.1. Fatores de risco: o que procurar e como detetar**

A gravidez e primeira infância são períodos críticos, durante os quais uma conjugação de múltiplos fatores de risco pode vir a comprometer a capacidade parental, bem como o desenvolvimento da criança com consequências ao longo do seu ciclo de vida (Brito, 2009). Assim sendo, é necessário que os profissionais de saúde reconheçam a existência dos inúmeros fatores que podem influenciar a resposta emocional da mulher durante estes períodos. Isserlis et al. (2008), sublinham a importância destes estarem atentos às alterações que possam ocorrer na experiência emocional habitual da mulher, identificando aquelas mães que provavelmente terão necessidades especiais, para que possam dar uma resposta

adequada a cada situação. Sendo que, a identificação destes fatores de risco desde a gravidez, e uma antecipação com a mãe de soluções possíveis de acompanhamento e de apoio da família, podem ajudar a reduzir as complicações de uma possível perturbação, e o seu impacto na criança e na família.

Como foi vimos no capítulo 1, durante a gravidez e após o parto, a mãe vai reatualizar várias memórias de experiências passadas, que têm impacto na forma como ela se relaciona com o bebé e no desenvolvimento deste ao longo da sua vida. De Valors (2012), denota que a compreensão da gravidez psíquica, isto é, do que ocorre no inconsciente da mulher que se torna mãe, que ajudará a colocar em prática uma verdadeira prevenção durante a gravidez.

A Direção-Geral de Saúde (2005), aponta uma série de situações e sinais de risco para a saúde mental no período da gravidez e após o parto, que alertam para necessidade de deteção e intervenção precoce por parte dos profissionais de saúde. Como **fatores de risco, que podem vir a perturbar a gravidez actual**, são apontados os seguintes: a) gravidez não planeada, não desejada e não aceite, em que não foi feita uma preparação para o parto, nem se verifica uma preparação para acolher o bebé; b) gravidez de alto risco; c) malformações do feto; d) morte de um familiar próximo (mãe, companheiro, pessoa significativa) durante este período; e) patologia psiquiátrica: depressão, psicose, toxicodependências.

Por sua vez, como **situações de risco relativas a antecedentes obstétricos da grávida**, são apontadas: a) interrupções involuntárias ou voluntárias da gravidez; b) morte *in útero*; c) partos prematuros; d) gravidez anterior não vigiada; e) eclâmpsia e outras situações obstétricas de risco anteriores; f) malformações ou outras patologias de filhos anteriores; g) colocação familiar ou institucional de outros filhos.

Por fim, como **fatores de risco associados ao contexto familiar e social**, são referidos: a) relação perturbada com os seus próprios pais; b) famílias de origem dissociadas; c) perda precoce de um dos pais ou substituto; d) colocação familiar ou institucional; e) contexto sociocultural adverso; f) situações de stresse laboral ou ambiental; g) isolamento social, ausência de suporte familiar; h) pais adolescentes; i) perturbações da relação do casal parental.

Relativamente à depressão materna na gravidez, importa referir que, sendo um dos fatores de risco de aparecimento da depressão pós-parto, os profissionais de saúde deverão prestar especial atenção ao aparecimento de sintomas depressivos durante este período. As grávidas podem apresentar melancolia, crises de choro, irritação, algumas podem sentir-se agressivas e outras cansadas e esgotadas.



Todavia, qualquer que seja a sintomatologia, as mulheres podem não exprimir de imediato este estado, para “fazer uma boa figura” e encobrir por bastante tempo a sua perturbação, ocultando as suas dificuldades à família e aos profissionais de saúde. Devendo-se, assim, estar também atento aos fatores de risco que aumentam a probabilidade de vir a ter esta perturbação, como: antecedentes pessoais e familiares, perturbações de humor, qualidade da relação conjugal, falta de suporte social, isolamento social, acontecimentos adversos de vida (Isserlis, et al., 2008). Também, os níveis de ansiedade intensos durante a gravidez, são apontadas como um excelente sinal de risco de perturbações depressivas no pós-parto (Matthey, 2005, citado por Dayan & Baleyte, 2008).

A disponibilidade e a escuta, sendo a base essencial de uma intervenção bem sucedida, são como afirma Brito (2009), o que permitirá aos profissionais aceder a estas situações de risco. Portanto, a disponibilidade para escutar a grávida através de uma atitude acolhedora, é a condição mais importante para atuar preventivamente (Falcone, Mader, Nascimento, Santos & Nóbrega, 2005). Barbosa (2007) acrescenta que são os profissionais que encontram a grávida ao longo do período pré-natal, que estão em situação oportuna para atenderem ao significado que esta atribui à sua gravidez e os efeitos que esta comporta, sendo a escuta que permitirá a orientação daquela que evidencie sinais de risco emocionais para si e para constituição psíquica do bebé. Assim, torna-se primordial o estabelecimento de uma relação de confiança com a grávida e a família, desde o começo da gravidez, pois será através desta relação e do tempo, disponibilidade e escuta do profissional, que aparecerão as oportunidades para detetar as situações de risco nas várias áreas (Direção-Geral de Saúde, 2005).

Podem apontar-se como **fatores de risco para a saúde mental no período pós-natal**, o pós-parto *blues*, que embora não constitua uma perturbação psicopatológica, é a sua intensidade e/ou duração que poderá tornar-se num fator de risco de depressão pós-natal a ter conta (Dayan & Baleyte, 2008).

A depressão pós-parto apresenta como principais sinais: a) crises de choro, quase todos os dias e que são frequentemente escondidas; b) sentimento de esgotamento; c) fadiga relacionada com os cuidados a ter com o bebé; d) impressão de ser incapaz de responder às necessidades do bebé; e) perda de prazer em cuidar do bebé; f) uma irritabilidade ou por vezes uma certa agressividade geralmente dirigida ao companheiro ou a outros filhos (Isserlis et al, 2008). Sendo o aparecimento do

sentimento de ser inútil para o bebê, que deve imediatamente alertar os profissionais de saúde (Dayan & Baleyte, 2008).

Contudo, como refere Brito (2005, 2009), a mulher tem muita dificuldade em aceitar estes sintomas de irritação, cansaço e tristeza, bem como que está a ser angustiante ocupar-se do seu bebê, quando o companheiro e a família lhe incutem a ideia de que ser mãe lhe devia estar a causar prazer e alegria, levando-a a culpabilizar-se e a esconder o seu estado depressivo. Perante esta situação, será através das perturbações psicossomáticas que a depressão da mãe provoca no bebê, que os profissionais poderão detetar a depressão materna. Assim, esta autora refere que será face a um bebê irritável, com alterações do sono, alimentares e atrasos de desenvolvimento, que os técnicos de saúde dos cuidados primários podem detetar esta depressão. Deste modo, perante esta situação devem ser tidos em conta os seguintes fatores de risco: temperamento difícil ou dificuldades regulatórias do bebê; bebês prematuros ou com malformações, relação conjugal conflituosa, isolamento da mãe, e a existência de problemas socioeconómicos (Brito, 2009).

Em jeito de síntese, apresentam-se de forma esquemática na figura 4 as principais áreas a investigar junto da mãe, na deteção de situações de risco durante o período gravídico-puerperal (Direção-Geral de Saúde, 2005).

Figura 4: Principais áreas a investigar junto da mãe e sinais de risco associados

<b>AREA A INVESTIGAR</b>	<b>SINAIS DE RISCO</b>
<b>Ideias e sentimentos sobre a gravidez e o bebê</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ausência de referência ao bebê, em particular na segunda metade da gravidez, ou falta de sentimentos afetuosos para com o bebê um mês após o parto;</li><li>- Referências negativas relativas à gravidez e ao bebê, por vezes expressas de modo áspero e rude;</li><li>- Expectativas negativas em relação ao bebê, ao parto e ao futuro.</li></ul>
<b>Memórias da infância e relação com os pais ou substitutos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sentimentos de insegurança, rejeição ou abandono ligados à infância;</li><li>- Dificuldades na relação com os próprios pais ou substitutos, incluindo maus tratos;</li><li>- Colocação familiar ou institucional.</li></ul>
<b>Suporte social e emocional disponível</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Isolamento social (mãe solteira, sem suporte da família alargada ou amigos);</li><li>- Ausência de visitas na maternidade ou de companhia no momento da alta;</li><li>- Falta de apoio na guarda da criança</li><li>- Falta de alguém com quem falar e partilhar alegrias e dificuldades;</li><li>- Relação difícil, sem suporte, conflituosa ou violenta com o companheiro, separação/divórcio;</li><li>- Dificuldades económicas graves</li></ul>
<b>Fatores sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pobreza ou necessidades socioeconómicas;</li><li>- Imigrantes ou refugiados;</li><li>- Condições de alojamento precárias</li></ul>
<b>Depressão na gravidez e pós-parto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Irritabilidade;</li><li>- Cansaço;</li><li>- Alterações do sono ou apetite;</li><li>- Tristeza, crises de choro, ideação suicida.</li></ul>
<b>Patologias psiquiátricas dos pais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Toxicodependência: álcool, drogas;</li><li>- Perturbação psicótica;</li><li>- Perturbação de ansiedade</li></ul>

### **3.2. A importância de uma rede multidisciplinar**

Para que a prevenção da saúde mental seja frutífera, é necessário uma colaboração multidisciplinar antes e depois do nascimento (Missonnier, 2003). Nesta ótica, Brito (2009) enfatiza a importância que a presença de uma rede multiprofissional atenta e dedicada em torno da família, pode assumir durante estes períodos de vida sensíveis. Neste sentido, aponta que se uma pequena equipa do Centro de Saúde, formada por uma enfermeira, assistente social e um profissional de saúde mental, conseguir conjugar esforços intervindo conjuntamente, uma transformação poderá ocorrer na vida da mulher e da sua família, pois, por vezes, esta é a primeira experiência relacional de suporte que vivenciam na sua vida, o que contribuirá para a organização destas famílias.

Por sua vez, Molénat (2009) acrescenta que uma intervenção multidisciplinar implica saber trabalhar em conjunto, pedindo ajuda quando necessário. Esta autora enfatiza que, compreender as mudanças emocionais e psíquicas que são comuns no nascimento de uma criança, reconhecer os fatores de risco, as mudanças e as perturbações que podem surgir, e saber colocar em prática competências de escuta ativa, não se revela suficiente para acompanhar adequadamente todas estas transformações, e refere que é igualmente necessário, um reajustamento e reforço das práticas dos profissionais, de modo a proporcionar uma ajuda mais completa à mãe na elaboração da sua resposta emocional durante este período. Assim, recorrer ao psicólogo ou ao psiquiatra para ajudar e colaborar em situações difíceis, sobretudo a nível psicológico, é uma forma de oferecer à mãe um acompanhamento adequado e completo.

Nesta linha de pensamento, Missonnier (2009) refere que uma vez constatado o início da perturbação, é importante ajudar a mãe através de uma boa qualidade de escuta e disponibilidade, mas é sobretudo fundamental saber propor um apoio específico, colocando em prática uma ação multidisciplinar e solicitando outros profissionais e especialistas, como por exemplo, o psicólogo. Deste modo, sublinha que, para que o apoio seja eficaz, é necessário que o profissional esteja ciente dos seus próprios limites, que conheça bem o papel dos outros profissionais e faça apelo a estes quando necessário.

Em suma, o trabalho em rede facilita o desenvolvimento de novos métodos conceptuais e clínicos, integrar a abordagem somática e psíquica, possibilitando transformar as práticas coletivas. Sendo que, os profissionais referem que este modo

de atuar lhes permite adquirir novas competências relacionais e, por sua vez, as mães e os pais confirmam experienciar junto destes a harmonia de uma rede humana atenta para com eles, como que a vivência de um “novo nascimento” (Molénat, 2009).

#### **4. Contexto atual em Portugal**

Nas três últimas décadas, Portugal sofreu uma grande evolução no campo da saúde materna e infantil, sendo considerada uma história de sucesso no Relatório Mundial de 2008, pela forma consistente e rápida na redução dos indicadores de morbidade e mortalidade materno-infantil, por exemplo em 1960 tínhamos uma taxa de mortalidade infantil de 77.5 que caiu para 3.3% em 2008 (Machado, Alves & Couceiro, 2011). Para além da melhoria das condições socioeconómicas da população, foi também um fator determinante para este sucesso, a reforma da política de saúde materno-infantil desenvolvida, permitindo a melhoria da assistência e dos cuidados prestados à grávida e ao recém-nascido, bem como a facilitação do acesso aos cuidados de saúde. Assim, face aos indicadores de saúde perinatal que colocavam Portugal numa situação precária comparativamente aos outros países europeus, o Estado lançou uma reforma na política da saúde desta área, através da formação da primeira Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI) em 1989. Esta comissão fez o levantamento dos problemas existentes, e elaborou o Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil (PNSMI) para 1990-1999 que teve como estratégias: a) a requalificação das maternidades; b) a reorganização dos hospitais que foram hierarquizados em Hospital de Apoio Perinatal (HAP, hospital com cuidados especiais neonatais) de Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD, hospital com cuidados intensivos neonatais); c) a regionalização da rede de referência entre Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado; d) a articulação entre Cuidados Primários e Hospitalares (Ministério da Saúde, 2006).

Em 2001 foi documentada pela Direção-Geral de Saúde (DGS), a Rede de Referência Materno-Infantil que interliga os Hospitais e os Centros de Saúde em Redes de Referência Materno Infantil (RRMI), com áreas geográficas bem delimitadas e com definição das responsabilidades assistenciais dos vários intervenientes. Estas redes têm vindo a ser actualizadas pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, com vista a garantir a vigilância partilhada à grávida e ao

recém-nascido, adequando os cuidados e os serviços de acordo com as necessidades destes últimos (Ministério da Saúde, 2006). Assim, o acompanhamento da grávida e do bebê é realizado pelos Cuidados de Saúde Primários, do médico de família e do enfermeiro, em colaboração com os cuidados hospitalares em situações de risco, havendo uma percentagem desconhecida de grávidas e crianças que são acompanhadas em regime privado (Ministério da Saúde, 2012).

No nosso país, tem-se verificado também, alguma atenção para com a proteção da gravidez e a saúde materno-infantil, assim como alguma preocupação no sentido de humanizar os serviços tornando-os mais próximos das pessoas, e com melhor qualidade do atendimento, sendo os resultados neste campo variáveis (Silva, Eira, Vicente & Guerreiro, 2003).

Realçam-se inconsistências no que refere à preparação para o Parto e Parentalidade. A legislação portuguesa de proteção à Maternidade e Paternidade, concede desde 1984 o direito às grávidas de Preparação ao Nascimento (Lei 4/84, artigo 7.º, alínea d). Desde então, esta legislação tem sofrido várias promulgações, das quais destacámos:

- a Lei 4/85 de 5 de Abril, que vem salientar que a Preparação ao Nascimento deve fazer parte integrante dos cuidados de saúde oferecidos à grávida;
- a Lei n.º332/95 de 23 de Dezembro, na qual a preparação para o parto aparece equiparada à consulta pré-natal, e salvaguardada a dispensa durante o horário laboral, estando esta justificada para a sua frequência;
- a Lei nº142/99 de 31 de Agosto que enfatiza que a Preparação para o Parto é essencial para um parto saudável, e que o estado tem o dever de estimular o recurso aos métodos que visam esta preparação, garantindo as condições essenciais ao seu exercício e aos direitos do casal nos serviços de saúde públicos.

Contudo, tal como refere Frias (2009), apesar de toda esta legislação, verifica-se por um lado, ainda um desconhecimento destes direitos tanto por parte das grávidas, como das entidades patronais, bem como muitas vezes por parte dos profissionais de saúde. Por outro lado, constata-se que são ainda poucos os centros de saúde e hospitalares que oferecem a possibilidade de realização de cursos de preparação para o nascimento às grávidas.

No que se refere à humanização dos cuidados de saúde, Remoaldo (2005), destaca que numa época onde impera o saber técnico da Medicina, afastando-se da dimensão humana, é unânime que esse é desafio mais importante para Medicina Portuguesa neste século XXI. Segundo esta autora, apesar de estar corroborado que

tanto a grávida como os pais da criança têm maior confiança no profissional que lhes dê maior apoio emocional, mostrando-se disponível para escutar, informar e discutir as soluções a adoptar, é insuficiente dizer que é uma questão de mudança de mentalidades por parte dos profissionais de saúde que leva à falta de empatia na relação estabelecida com o paciente. Mas, também, as alterações que o Governo tem efetuado no Sistema de Saúde, como o fecho de maternidades e serviços de Pediatria dada a falta de médicos, têm constituído um entrave a este desafio.

Silva et al. (2003) afirmam que tal como a emergência da atenção para com a prevenção e promoção da saúde, passando o indivíduo a ser encarado como um ser biopsicossocial, se tem verificado no nosso país a mesma preocupação para com a saúde mental. Neste sentido, referem que o Plano de Ação para Saúde lançado pela União Europeia em 1996, no qual estava abrangido a saúde mental, e que tinha como intuito a promoção da saúde mental na primeira, ao qual Portugal se uniu, que veio permitir que a saúde mental adotasse uma maior relevância na saúde em geral. Tendo ainda, em vista diminuir os fatores de risco para a saúde mental, e reforçar os fatores que a promovem, como o apoio psicossocial na maternidade e às relações pais-criança. Porém, estes autores destacam que se constata uma falha preocupante na atenção dada para com a formação em saúde mental infantil e desenvolvimento afetivo da criança nas escolas médicas.

A este propósito, Brito (2005) assinala que, apesar dos esforços coletivos e individuais e de Portugal ter assinado a convenção dos Direitos da Criança em 1990, que exige que a criança seja uma prioridade em todas as políticas de saúde, justiça, ambiente e ação social, esta ainda não ocupa um lugar prioritário na agenda nacional. Verificando-se uma grande preocupação no sentido de se a criança aos 5 ou 6 anos está habilitada para a aprendizagem escolar, mas esquecendo-se ou desconhecendo-se que essa preparação começa já na gravidez e que continua nos primeiros anos de vida. Neste sentido, sublinha a necessidade de se encarar a gravidez e primeira infância como períodos-chave de promoção e prevenção da saúde mental das crianças e das famílias.

Não obstante, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, considera o nascimento como um período onde há oportunidade para a educação para a saúde e prevenção, entre outras intervenções. Este plano estabelece como estratégia para o período do ciclo de vida que vai da gravidez ao nascimento e período neonatal, “Nascer com Saúde”, realçando a importância de atender à saúde mental nestes períodos. Deste modo, como orientações estratégicas e intervenções necessárias indica que, “prestar-

se-á uma maior atenção à promoção da saúde mental na gravidez e no primeiro do ano pós-parto, através dos Cuidados de Saúde Primários” (Ministério da Saúde, 2004, p.27).

Neste seguimento, em 2005 a Direção-Geral de Saúde editou um manual de orientação para os profissionais de saúde que se intitula *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância*. Este manual visa transmitir informação importante e orientações para a implementação de boas práticas junto dos profissionais de saúde que acompanham o período da gravidez e os primeiros tempos de vida da criança. Assim, este manual vem fornecer aos profissionais de saúde, um conjunto de informação relevantes sobre as vivências e transformações psicológicas normais que ocorrem durante a gravidez, parto e primeira infância; das relações precoces pais-bebé; fatores de risco e fatores protetores de saúde mental durante estes períodos. Sendo também, destacada a importância de considerar a saúde do indivíduo na sua integralidade e de estabelecer uma relação privilegiada e de confiança com os pais, a fim de recolher fatores de risco e protetores, para a promoção e prevenção da saúde mental. Ainda, este manual propõe como intervir preventivamente durante estes períodos, sendo fornecidos dois modelos de entrevistas de promoção para da saúde mental na gravidez e primeira infância, com respetivas orientações, uma a realizar no período pré-natal (cerca de um mês antes do parto) e a outra no pós-natal (cerca de 4-6 depois após o parto). E, também, é proposta a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e como utilizá-la, para a despistagem da depressão pós-parto.

Por fim, no que se refere ao atual Plano Nacional de Saúde 2012-2016, este segue basicamente as linhas do anterior, sublinhando os benefícios para a saúde a longo prazo da preparação para a parentalidade e parto. Sendo ainda apontado, como áreas com recomendações de intervenção a ter em conta, um acompanhamento adequado da gravidez (Ministério da Saúde, 2012).

## **Parte II**

# **Estudo Empírico**

---



## Capítulo IV - Objetivos e Hipóteses

### 1. Objetivos

Como o constatado na revisão da literatura que viemos de finalizar, a transição para a maternidade trata-se de um período de grande vulnerabilidade e exigência psíquica para a mulher, em especial quando se trata do primeiro filho, que tem repercussões na relação que vai estabelecer com o bebê e no desenvolvimento deste ao longo do seu ciclo de vida.

Este período pode tratar-se, ainda, de um momento transformador e de desenvolvimento pessoal, para o qual os profissionais de saúde poderão contribuir através de uma atenção e suporte para com o estado emocional da mulher.

Assim, a questão de investigação que deu origem a este estudo foi: *“Um Acompanhamento da Gravidez, Parto e Pós-Parto que para além dos aspetos somáticos associados a estes períodos, tenha também em conta o estado emocional da mãe, contribui para a autoestima materna ajudando a que a mulher se sinta mais confiante na passagem para o seu novo papel de mãe, e favorece o seu vínculo ao bebê?”*

Face ao exposto, estabeleceu-se como **objetivo geral** para este estudo: verificar o efeito do acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto imediato na autoestima de mães primíparas, bem como na vinculação destas mães aos seus bebês.

Sendo que como **objetivos específicos** delineámos:

- 1) Avaliar a perceção de acompanhamento global prestado pelos profissionais de saúde às mães durante a gravidez, parto e pós-parto imediato;
- 2) Avaliar o nível de satisfação das mães face ao acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde na gravidez, parto e pós-parto imediato;
- 3) Avaliar a relação entre satisfação face ao acompanhamento realizado e a perceção de acompanhamento global da gravidez, parto e pós-parto imediato;
- 4) Avaliar a relação entre o acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto imediato com a autoestima materna, e com a vinculação das mães ao seu bebê.

## **2. Hipóteses**

De acordo com os objetivos apresentados anteriormente, definimos para este estudo as seguintes hipóteses:

**H1:** As mães que perceberam um acompanhamento global durante a gravidez, parto e pós-parto apresentam um nível de satisfação face ao acompanhamento prestado mais elevado.

**H2:** As mães que perceberam um acompanhamento global durante a gravidez, parto e pós-parto apresentam um nível de autoestima mais elevado.

**H3:** As mães que perceberam um acompanhamento global durante a gravidez, parto e pós-parto apresentam uma vinculação positiva face ao seu bebé.

**H4:** As mães que apresentam um nível de autoestima mais elevado, apresentam uma vinculação positiva ao seu bebé.

## Capítulo V - Metodologia

### 1. Tipo de estudo

A presente investigação trata-se de um estudo do tipo correlacional, uma vez que de acordo com os seus objetivos, esta pretendeu estudar a relação entre variáveis através da verificação de hipóteses (Reis, 2010).

Trata-se, ainda, de um estudo de corte transversal dado que a recolha de dados ocorreu num determinado momento.

Do ponto de vista da forma de abordagem do problema, a opção metodológica deste estudo orientou-se para a pesquisa de natureza quantitativa. A pesquisa quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados quantificáveis, que neste trabalho foi através da utilização de questionários de auto-relato, em que se pretendeu recolher dados que permitissem verificar as relações entre as variáveis em estudo. Este método de investigação contribui para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, e apresenta vantagens como a objetividade, a previsibilidade e a possibilidade de generalização dos resultados (Reis, 2010).

Em conformidade com o seu estatuto na investigação, considera-se neste estudo como *variáveis independentes* as características sociodemográficas, problemas atuais, história da gravidez, o acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto imediato.

Por sua vez, como *variáveis dependentes* consideram-se, a satisfação materna face ao acompanhamento, a autoestima materna, e a vinculação mãe-bebé.

### 2. Amostra

#### 2.1. Constituição da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 51 puérperas internadas no Serviço de Ginecologia-Obstetrícia (Secção Puerpério) do Hospital Dr. José Almeida (HPP de Cascais), no período compreendido entre Julho e Agosto de 2011.

A amostragem foi não-probabilística, do tipo conveniente (Maroco, 2003). Os indivíduos foram selecionados, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão específicos neste estudo, à medida que as puérperas foram internadas no Serviço, durante o período de tempo acima indicado.

Neste sentido, constituiram critérios de inclusão:

- Primiparidade;
- Idade materna superior a 18 anos;
- Parto eutócico ou distócico por Fórceps ou Ventosa;
- Ser mãe de um recém-nascido de termo, sem malformações/patologias;
- Estar no período compreendido entre as 24 e as 48 horas do pós-parto,
- Ser casada ou viver em regime de coabitação com o companheiro.

Por outro lado, como critérios de exclusão, consideraram-se os seguintes:

- Não saber ler ou escrever português;
- Puérpera com história de complicação obstétrica durante a gravidez que conduzisse ao internamento, e história anterior de abortos tardios,
- Puérpera com uma história de doença do foro psiquiátrico.

Os critérios para a inclusão/exclusão dos sujeitos em estudo foram elaborados de modo a que não houvessem fatores que interferissem na naturalidade da vivência da gravidez, parto e pós-parto imediato por parte da mulher, e que, por tal, exigem um acompanhamento diferente e específico destes períodos.

A inclusão de *primíparas* neste estudo, prende-se com o facto de que estas mulheres estão a experienciar pela primeira vez o que é tornar-se mãe, experiência que exige da mulher grandes mudanças e adaptações a nível biológico, psicológico, social e relacional, colocando à prova a sua capacidade para lhes fazer face (Canavarro, 2001). E, como com este estudo pretendemos perceber se os profissionais de saúde podem ajudar a mulher a vivenciar de forma positiva esta transição para a maternidade, a escolha do critério primiparidade impõe-se.

O critério de inclusão de *puérperas com idade superior a 18 anos*, justifica-se pelo facto de as mulheres serem já maiores de idade, e por isso, responsáveis por elas mesmas. E, também, porque não se considerou adequado incluir adolescentes neste estudo, para se obter uma amostra homogénea.

Por sua vez, o critério *ter tido parto eutócito e distócito por fórceps ou ventosa* justifica-se por um lado, porque estes tipos de parto permitem que a mãe esteja disponível para estar com o bebé nos momentos que se seguem, o que não se verifica quando o parto é por cesariana. Por outro lado, porque o parto por cesariana poderá condicionar a disponibilidade para a puérpera responder ao questionário no mesmo período que as outras puérperas.

No que se refere ao critério *ser mãe de um recém-nascido de termo e sem malformações/patologias*, este justifica-se visto que, a prematuridade e as patologias no recém-nascido são um fator de ansiedade e stresse, que influenciam a vivência do parto e a vinculação materna (Conde et al., 2007).

A escolha de *estar no período entre as 24h e as 48h do pós-parto*, deve-se porque no geral é o período de tempo que as utentes do HPP de Cascais passam no serviço de puerpério após o parto. E também porque foi conveniente encontrá-las durante este período, onde elas estavam disponíveis para participarem neste estudo.

Por seu turno, o critério de inclusão *ser casada ou viver em regime de coabitação com o companheiro*, prende-se com o facto de que estudos apontam a qualidade do suporte do companheiro como um meio de suporte primordial para a mulher, constituindo assim um elemento importante na sua experiência da transição para a maternidade (e.g., Capponi & Horbacz, 2007; Darvill et al., 2010). Tendo ainda sido demonstrado que, a falta de parceiro nesta etapa da vida da mulher, está relacionada com sintomas de ansiedade e depressão (e.g., Navarrete, Lara-Cantú, Navarro, Gómez & Morales, 2012).

A exclusão de *puérperas com história de complicações obstétricas e abortos tardios*, justifica-se porque as complicações ou patologias durante a gravidez geram ansiedade e exigem um acompanhamento físico e mental específico (Camarneiro, 2007). Fator que se torna, assim, suscetível de interferir na perceção do acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde.

Por último, a exclusão de *puérperas com história de doença psiquiátrica*, prende-se de com o facto de que estas mulheres necessitam de um acompanhamento próprio.

## 2.2. Caracterização da Amostra

No que se refere às **características sociodemográficas** da amostra, verifica-se que, a amplitude da idade das mães participantes neste estudo varia entre os 20 e os 41 anos, sendo que a média das idades é de 26.82 anos ( $DP = 5.17$ ).

Do total das participantes, 43% (n=22) eram casadas e 57% (n=29) vivem em união de facto. Por sua vez, o agregado familiar é constituído, na maior parte dos casos (86%, n=44), unicamente pelo companheiro/marido.

Quanto à nacionalidade, a maioria das participantes, 84% (n=43) é portuguesa.

As habilitações literárias das participantes, 47% dos casos (n=24) possui o ensino secundário, e 37% (n = 19) o ensino superior.

Relativamente à situação profissional, a maioria das mães encontra-se empregada (69%, n=35).

A descrição dos dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se exposta na tabela 1

Tabela 1: Caracterização social e demográfica da amostra

	N=51	
	n	%
<b>Estado Civil</b>		
Casada	22	43
União de facto	29	57
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	43	84
Outra	8	16
<b>Habilitações Académicas</b>		
Ensino Básico	8	16
Ensino Secundário	24	47
Ensino Superior	19	37
<b>Agregado Familiar</b>		
Só com o companheiro	44	86
Companheiro e outros familiares	7	14
<b>Situação Profissional</b>		
Empregada	35	69
Desempregada	13	25
Estudante	2	4
Doméstica	1	2

No que se refere aos principais **problemas apresentados no momento da avaliação pelas participantes** (Questão 7- Grupo 0: "Atualmente encontra-se com algum problema/dificuldade relativo à/ao:"), estes são referentes à situação profissional (20%, n=10) e situação financeira (26 %, n=13), tal como se pode constatar na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição da amostra de acordo com os problemas atuais

	N=51	
	n	%
<b>Problemas Companheiro</b>		
Sim	0	0
Não	51	100
<b>Problemas Outros Familiares</b>		
Sim	1	2
Não	50	98
<b>Problemas Estado de Humor</b>		
Sim	4	8
Não	47	92
<b>Problemas Situação Profissional</b>		
Sim	10	20
Não	41	80
<b>Problemas Situação Financeira</b>		
Sim	13	25
Não	38	75
<b>Problemas Alojamento</b>		
Sim	2	4
Não	49	96

No que se refere aos **dados que contextualizaram a gravidez**, na sua maioria (88%, n=45), as participantes nunca haviam estado grávidas. Por sua vez, em 69% (n=35) dos casos a gravidez em questão foi planeada.

Por seu turno, como principais problemas apontados pelas participantes referentes a este período da gravidez, temos o estado de humor (31%, n=16), a situação financeira (22%, n=11) e a situação profissional (22%, n=11).

Relativamente ao tipo de serviço frequentado para o acompanhamento da gravidez, a maioria das participantes (41%, n=21) foi acompanhada num Serviço de Saúde Público, tendo sido o médico de família, na maioria dos casos (73%, n=37), o profissional de saúde que realizou esse acompanhamento.

Por último, quanto à frequência de um curso de preparação ao parto e Parentalidade, 59% (n=30) das participantes não o frequentaram.

A descrição dos dados relativos a estes dados que contextualizam a história da gravidez das participantes encontra-se exposta na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo os dados relativos à história da gravidez

	N=51	
	n	%
<b>Gravidez Anterior</b>		
Uma	6	12
Nunca	45	88
<b>Gravidez Planeada</b>		
Sim	35	69
Não	16	31
<b>Problemas Companheiro</b>		
Sim	4	8
Não	47	92
<b>Problemas Outros Familiares</b>		
Sim	4	8
Não	47	92
<b>Problemas Estado de Humor</b>		
Sim	16	31
Não	35	69
<b>Problemas Situação financeira</b>		
Sim	11	22
Não	40	78
<b>Problemas Situação Profissional</b>		
Sim	11	22
Não	40	78
<b>Problemas Alojamento</b>		
Sim	4	8
Não	47	92
<b>Local de Acompanhamento da Gravidez</b>		
Centro Hospitalar	14	27
Público	21	41
Privado	10	20
Público e Privado	6	12
<b>Profissionais que acompanharam a gravidez</b>		
Médico de Família	37	73
Enfermeiro Especialista	11	22
Ginecologista/Obstetra Habitual	10	20
Ginecologista/Obstetra escolhido para esta gravidez	18	35
<b>Curso de Preparação para o Parto e a Parentalidade</b>		
Sim	21	41
Não	30	59



### 3. Instrumentos utilizados

De modo a responder aos objetivos deste estudo, foi desenvolvido um questionário (Anexo I) que recolhe informação sociodemográfica, problemas atuais, e dados da história da gravidez, e onde se incluem três escalas que se referem à perceção do carácter global do acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto imediato.

Paralelamente, com objetivo de avaliar a variável dependente vinculação materna ao bebé (*bonding*) optou-se por aplicar a Escala de *Bonding* (Figueiredo et al., 2005 a) (Anexo II).

Por último, com o objetivo de avaliar a variável dependente autoestima materna, utilizou-se neste trabalho a Escala de autoestima de Rosenberg (RSES) adaptada por Santos e Maia (2003) (Anexo III).

Seguidamente, são analisados em detalhe os instrumentos utilizados.

#### 3.1. Questionário

O objetivo da elaboração do questionário foi obter um conjunto de informações que permitisse, por um lado caracterizar a nossa amostra do ponto de vista demográfico, psicossocial e da história da gravidez que vivenciaram. Por outro lado, elaboraram-se escalas para este questionário de acordo com a reflexão que a revisão bibliográfica suscitou, que pretenderam avaliar a perceção da globalidade do acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto imediato.

Importa referir que neste estudo, entende-se por acompanhamento global da gravidez, parto e pós-parto imediato, a atenção global dos profissionais de saúde para com a saúde da mulher durante estes períodos. Isto é, um acompanhamento que tenha em conta a experiência psicológica associada ao período de transição para a maternidade, e que assegure para além do bem-estar físico, o bem-estar psicológico da mulher, prestando assim uma atenção para com o seu estado emocional durante a gravidez, parto e pós-parto. Neste âmbito, a literatura destaca que é necessário os profissionais de saúde mostrarem disponibilidade e colocarem em prática um escuta empática, estabelecendo uma relação de suporte e confiança com a mulher, através da qual esta se sinta à vontade para expressar os seus sentimentos, dúvidas, medos e

necessidades. Sendo neste sentido que foram elaborados as diferentes escalas para este estudo, a fim de avaliar se tal foi percebido pelas mães desde a gravidez ao pós-parto imediato.

Este instrumento apresenta-se agrupado em quatro grupos, os quais passamos a apresentar uma descrição sumária, seguida da análise das características psicométricas das escalas incluídas no grupo A, B e C.

➤ **Grupo 0 Dados da Participante**

É constituído por 13 questões de resposta fechada, (com a exceção da pergunta 1, 3 e 12), que pretende recolher dados das mães no que se refere à idade, estado civil; nacionalidade; nível de habilitação; agregado familiar; situação profissional; problemas atuais e durante a gravidez ao nível emocional, relacional, profissional e financeiro; planeamento da gravidez; gravidezes anteriores; tipo de serviço de saúde onde foram acompanhadas; profissionais que efetuaram o acompanhamento da gravidez e realização de curso de preparação ao parto e parentalidade.

➤ **Grupo A – Acompanhamento da Gravidez**

Este grupo é composto por 14 questões de resposta fechada, que avaliam se o acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde durante a gravidez foi percebido como global, compondo no seu total a Escala de Perceção de Acompanhamento Global da Gravidez deste questionário.(tabela 4)

Todas as questões são cotadas numa escala do tipo *Likert* e estão orientadas no sentido positivo, sendo que a sua cotação varia entre 1 e 5.

Todas as questões da escala 1.1. até à 1.14. possuem as seguintes possibilidades de resposta e respetiva pontuação: “Discordo totalmente” (1), “Discordo” (2), “Nem concordo, nem discordo” (3), “Concordo” (4) e “Concordo totalmente” (5). Assim sendo, os scores totais da escala podem variar entre 14 e 70, e um resultado mais elevado indica maior perceção de acompanhamento global durante a gravidez.

Ainda, foram incluídas neste grupo três questões que visam avaliar:

- qual a perceção da mãe sobre o efeito que a gravidez teve na sua autoestima (questão 2.1);
- qual o contributo dos profissionais para esta perceção (questão 2.2);

- e, por último, a satisfação da mãe face ao acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde durante a gravidez (questão 3).

No que se refere à questão 2.1., esta apresenta as seguintes possibilidades de resposta e respetiva pontuação: “Discordo totalmente” (1), “Discordo” (2), “Nem concordo, nem discordo” (3), “Concordo” (4) e “Concordo totalmente” (5).

Por sua vez, a questão 2.2. apresenta as seguintes possibilidades de resposta e respetiva pontuação: “Nenhum” (1), “Pouco” (2), “Nem muito nem pouco” (3), “Bastante” (4) e “Muito” (5).

Por último, a questão 3 apresenta as seguintes alternativas de resposta e respetiva pontuação: “Muito insatisfeita” (1), “Insatisfeita” (2), “Nem satisfeita nem insatisfeita” (3), “Satisfeita” (4) e “Muito satisfeita” (5).

Tabela 4: Descrição da Escala de Acompanhamento Global na Gravidez - Grupo A

Item	Cotação
1.1 <i>Houve uma atenção tanto para com o seu bem-estar físico como também para com o seu bem-estar psicológico</i>	
1.2 <i>Trataram-na como uma mulher que estava a viver uma gravidez e não como uma paciente que está a viver uma doença</i>	
1.3 <i>Sentiu-se em confiança para falar de todas as suas impressões, dos seus medos, das suas dúvidas e expectativas que teve durante a gravidez</i>	
1.4 <i>Quando sentiu a necessidade de o fazer, esteve à vontade para falar da sua história de vida e da situação enquanto grávida</i>	
1.5 <i>Quando sentiu a necessidade de o fazer, esteve à vontade para falar dos seus sentimentos e das suas preocupações em relação ao seu desempenho e capacidade para exercer o papel de mãe</i>	
1.6 <i>Incentivaram-na a pensar sobre o parto, por exemplo: sobre as possibilidades de preparação ao parto que poderia realizar, sobre o local onde gostaria de o realizar, sobre o recurso ou não a métodos e técnicas de controlo da dor, a pessoa que iria ou não desejar ter presente nesse momento</i>	
1.7 <i>Incentivaram-na a pensar sobre o modo como gostaria de alimentar o seu bebé</i>	<b>1 a 5</b>
1.8 <i>Estimularam-na a pensar e falar sobre seu bebé incentivando-a, por exemplo, a estar atenta aos movimentos que ele faz, ao modo como ele reage aos sons, ao nome que lhe queria dar</i>	
1.9 <i>Incentivaram a participação do seu companheiro/marido nas consultas ou, na impossibilidade de ele estar presente, para que você lhe falasse sobre o que se ia passando</i>	
1.10 <i>Sentiu que as suas queixas e dúvidas foram sempre valorizadas e nunca julgadas</i>	
1.11 <i>Foram-lhe dadas sempre informações/orientações simples e claras, e de acordo com as suas necessidades e valores pessoais</i>	
1.12 <i>Houve sempre disponibilidade para a escutarem</i>	
1.13 <i>Houve sempre tempo para a escutarem</i>	
1.14 <i>Foi-lhe dado todo o apoio que necessitava</i>	
<b>14</b>	<b>Pontuação Final</b>
	<b>14 a 70</b>

### ➤ Grupo B – Acompanhamento do Parto

Este grupo é constituído por 8 questões de resposta fechada, que avaliam se o acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde durante o Parto, foi percebido como global, e que no seu total compõem a Escala de Perceção de Acompanhamento Global no Parto deste questionário (tabela 5).

Todas as questões são cotadas numa escala do tipo *Likert* e estão orientadas no sentido positivo, sendo que a sua cotação varia entre 1 e 5.

Todas as questões da escala 1.1. até à 1.8. possuem as seguintes possibilidades de resposta e respetiva pontuação: “Discordo totalmente” (1), “Discordo” (2), “Nem concordo, nem discordo” (3), “Concordo” (4) e “Concordo totalmente” (5). Assim sendo, os scores totais desta escala podem variar entre 8 e 40, e um resultado mais elevado indica uma maior perceção de acompanhamento global durante o parto.

Ainda, foram incluídas neste grupo três questões que visam avaliar:

- qual a perceção da mãe sobre o efeito que o parto teve na sua autoestima (questão 2.1);
- qual o contributo dos profissionais para esta perceção (questão 2.2);
- a satisfação da mãe face ao acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde durante o parto (questão 3).

No que se refere à questão 2.1., esta apresenta as seguintes possibilidades de resposta e respetiva pontuação: “Discordo totalmente” (1), “Discordo” (2), “Nem concordo, nem discordo” (3), “Concordo” (4) e “Concordo totalmente” (5).

Por sua vez, a questão 2.2. apresenta as seguintes possibilidades de resposta e respetiva pontuação: “Nenhum” (1), “Pouco” (2), “Nem muito nem pouco” (3), “Bastante” (4) e “Muito” (5).

Por último, a questão 3 apresenta as seguintes alternativas de resposta e respetiva pontuação: “Muito insatisfeita” (1), “Insatisfeita” (2), “Nem satisfeita nem insatisfeita” (3), “Satisfeita” (4) e “Muito satisfeita” (5).

Tabela 5: Descrição da Escala de Acompanhamento Global no Parto - Grupo B

	Item	Cotação
1.1	<i>Tiveram em consideração as escolhas que fez para o seu parto, ou no caso destas terem sido alteradas foi-lhe explicado o porquê</i>	
1.2	<i>Escutaram e respeitaram sempre os seus sentimentos, medos e angústias</i>	
1.3	<i>Tiveram sempre em conta as suas necessidades</i>	
1.4	<i>Foram-lhe dadas todas as informações que pediu</i>	
1.5	<i>Sentiu-se acolhida e tratada num ambiente de intimidade e segurança</i>	1 a 5
1.6	<i>Sentiu que lhe deram um papel importante durante o trabalho de parto e parto</i>	
1.7	<i>Sentiu que teve todo o apoio que necessitava</i>	
1.8	<i>Foi-lhe dado um momento logo a seguir ao parto para estar com o seu bebé, ou no caso de não ter sido possível foi-lhe explicado o porquê</i>	
8	<b>Pontuação Final</b>	<b>8 a 40</b>

### ➤ Grupo C – Acompanhamento do Pós-Parto Imediato

Este grupo é constituído por 11 questões de resposta fechada, que avaliam se o acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde durante o pós-parto foi percebido como global, compondo no seu total a Escala de Perceção de Acompanhamento Global no Pós-Parto Imediato deste questionário (tabela 6).

Todas as questões são cotadas numa escala do tipo *Likert* e estão orientadas no sentido positivamente, sendo que a sua cotação varia entre 1 e 5.

Deste modo, todas as questões da escala 1.1. até à 1.11. possuem as seguintes possibilidades de resposta e respetiva pontuação: “Discordo totalmente” (1), “Discordo” (2), “Nem concordo, nem discordo” (3), “Concordo” (4) e “Concordo totalmente” (5). Assim sendo, os scores totais da escala podem variar entre 11 e 55, e um resultado mais elevado indica maior perceção de acompanhamento global durante o pós-parto imediato.

Ainda, foram incluídas neste grupo três questões que visam avaliar:

- qual a perceção da mãe sobre o efeito de o facto de ser mãe tem na sua autoestima (questão 2.1);
- qual o contributo dos profissionais para esta perceção (questão 2.2);
- a satisfação da mãe face ao acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde durante o pós-parto imediato (questão 3).

No que se refere à questão 2.1, esta apresenta as seguintes possibilidades de resposta e respetiva pontuação: “Discordo totalmente” (1), “Discordo” (2), “Nem concordo, nem discordo” (3), “Concordo” (4) e “Concordo totalmente” (5).

Por sua vez, a questão 2.2. apresenta as seguintes possibilidades de resposta e respetiva pontuação: “Nenhum”=1, “Pouco”=2, “Nem muito nem pouco”=3, “Bastante”=4 e “Muito”=5.

Por último, a questão 3 apresenta as seguintes alternativas de resposta e respetiva pontuação: “Muito insatisfeita”=1, “Insatisfeita”=2, “Nem satisfeita nem insatisfeita”=3, “Satisfeita”=4 e “Muito satisfeita”=5.

Tabela 6: Descrição da Escala de Acompanhamento Global no Pós-Parto Imediato - Grupo C

Item	Cotação
1.1 <i>Tem havido uma atenção tanto para com o seu bem-estar físico como também para com o seu bem-estar psicológico</i>	
1.2 <i>Têm-lhe sido dados conselhos e ensinados cuidados a ter com o seu bebé como também para o cuidado a ter consigo própria</i>	
1.3 <i>Encorajaram-na a participar nos cuidados do bebé, aceitando os seus receios e valorizando as suas habilidades</i>	
1.4 <i>Têm incentivado o seu companheiro a participar nos cuidados ao vosso bebé</i>	
1.5 <i>Têm-se preocupado em saber as condições e o apoio que terá ou não no regresso a casa</i>	
1.6 <i>Quando tem a necessidade de o fazer, sente confiança para falar dos seus sentimentos e de tudo aquilo que a preocupa em relação ao seu novo papel de mãe</i>	<b>1 a 5</b>
1.7 <i>Sente que as suas queixas e dúvidas têm sido sempre valorizadas e nunca julgadas</i>	
1.8 <i>Têm-lhe sido dadas sempre informações/orientações simples e claras, tendo em conta as suas necessidades e valores pessoais</i>	
1.9 <i>Tem havido sempre disponibilidade para a escutarem</i>	
1.10 <i>Tem havido sempre tempo para a escutarem</i>	
1.11 <i>Sente que lhe tem sido dado todo o apoio que necessita</i>	
<b>11 Pontuação Final</b>	<b>11 a 55</b>

Importa ainda referir, que não foi possível realizar um estudo preliminar para verificação final da adequação destes instrumentos. Mas, no entanto, foi pedido a alguns profissionais de saúde (a um ginecologista/obstetra e três enfermeiros/as) que acompanham as mulheres nos períodos estudados nesta investigação, para que os lessem e dessem a sua opinião acerca da adequação das perguntas e respostas alternativas, assim como da clareza e compreensão destes instrumentos.

Da análise da adequação dos instrumentos em questão por parte profissionais de saúde consultados, foi apenas sugerido a divisão da seguinte questão “*Houve sempre tempo e disponibilidade para a escutarem?*” em duas, por se tratar de dois aspetos diferentes “o ter tempo” e o “mostrar-se disponível para”. Neste sentido, foi retirada a questão em causa, tendo sido substituída nas escalas do grupo A e C pelas seguintes questões: “*Houve sempre tempo para a escutarem?*” e “*Houve sempre disponibilidade para a escutarem?*”.

### 3.1.1. Análise das características psicométricas das Escalas dos Grupos A, B e C

As características psicométricas das escalas do grupo A, B e C do presente questionário foram analisadas mediante a sensibilidade, a validade e a fidelidade.

A análise da **sensibilidade**, pretende avaliar o grau em que os resultados obtidos aparecem distribuídos diferenciando os sujeitos entre si nos diferentes níveis de realização. Esta foi realizada recorrendo à análise das tabelas de frequências da distribuição dos itens das respostas, proximidade da média dos resultados à mediana e moda dos mesmos, e verificação dos coeficientes de assimetria e de curtose. Estes coeficientes remetem-se, respetivamente, ao grau em que os dados se repartem face à tendência central e ao modo como os valores se concentram em torno da média. Sendo que, os seus valores devem situar-se entre -1 e 1, para ser considerada a existência de uma distribuição de variável simétrica, assim como um achatamento normal da curva numa distribuição (Field, 2005).

Por sua vez, a análise da **validade** foi efetuada através da análise fatorial com rotação *varimax*. Este método estatístico visa agrupar um conjunto de variáveis num número mais pequeno de fatores, permitindo igualmente avaliar o quão bem o instrumento mede aquilo que se propõe medir (Ribeiro, 1999).

Para verificar a adequação dos itens ao procedimento da análise fatorial, utilizou-se o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*.

O valor de KMO varia entre 0 e 1, sendo que o valor mais próximo de 1 indica que os padrões de correlação são relativamente compactos, e que por isso a análise fatorial apresenta fatores distintos e fidedignos. Tal como apresentado em Field (2005), os valores adequados de KMO devem ser superiores a 0.70.

Por seu turno o teste de esfericidade de Bartlett, testa a hipótese nula que a matriz de correlação original é uma matriz de identidade. É desejável que o resultado deste teste seja significativo, pois tal prova que os itens em análise estão relacionados entre si, e que por isso a análise fatorial é apropriada (Field, 2005).

Por fim, a **fidelidade**, que visa avaliar o grau de correlação de um instrumento de medida com ele mesmo, foi avaliada através do método Alfa de *Cronbach*. Este método não se trata de um teste estatístico, mas de um coeficiente de fidelidade ou consistência interna. Sendo que, se o resultado das correlações inter-variáveis obtido for elevado, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão, o que significa uma fidelidade alta (Fortin, 1999).

#### ➤ **Grupo A - Escala de Percepção de Acompanhamento Global na Gravidez**

No que se refere à análise da **sensibilidade**, verificou-se, através das tabelas de frequências dos itens de resposta, a maioria das categorias de resposta foram usadas em cada um dos itens que compõe a escala. Igualmente, a média dos resultados demonstrou-se próxima à mediana e moda da distribuição.

Ainda, como pode ser identificado na tabela 7, verifica-se que os valores dos coeficientes de assimetria e curtose, na maioria dos itens da escala, não se encontram no intervalo entre -1 e 1 como o desejável, o que indica uma distribuição afastada do normal, comprometendo assim a sensibilidade destes itens.

Quanto à **validade**, os pressupostos inerentes à realização da análise fatorial verificam-se cumpridos, tendo o resultado da medida de adequação da amostra KMO sido de .89. Portanto, um valor superior a 0.70 tal como preconiza Field (2005), o que significa que os padrões de correlação são relativamente compactos, e que por isso a análise fatorial apresenta fatores distintos e fidedignos.

Por sua vez, o resultado do teste de esfericidade de Bartlett foi de 506.99 ( $p < .001$ ), provando assim que os itens em análise estão relacionados entre si, e que por isso a análise fatorial é apropriada.



Tabela 7: Resultados para a sensibilidade da Escala de Percepção de Acompanhamento Global na Gravidez segundo as tabelas de frequência dos itens, média, mediana, moda, coeficientes de assimetria e curtose

Item	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Média (D.P)	Mediana	Moda	Assimetria (S.P)	Curtose (E.P)
1.1	1 (2%)	3 (5.9%)	2 (3.9%)	31 (60.8%)	14 (27.5%)	4.06 (.858)	4	4	-1.499 (.333)	3.253 (.656)
1.2	0	1 (2%)	1 (2%)	24 (47.1%)	25 (49.0%)	4.43 (.640)	4	5	-1.160 (.333)	2.519 (.656)
1.3	1 (2%)	4 (7.8%)	4 (7.8%)	19 (37.3%)	23 (45.1%)	4.16 (1.007)	4	5	-1.305 (.333)	1.292 (.656)
1.4	2 (3.9%)	4 (7.8%)	10 (19.6%)	22 (43.1%)	13 (25.5%)	3.78 (1.045)	4	4	-.859 (.333)	.457 (.656)
1.5	2 (3.9%)	4 (7.8%)	8 (15.7%)	23 (45.1%)	14 (27.5%)	3.84 (1.046)	4	4	-.982 (.333)	.686 (.656)
1.6	3 (5.9%)	6 (11.8%)	9 (17.6%)	13 (25.5%)	20 (39.2%)	3.80 (1.249)	4	5	-.766 (.333)	-.470 (.656)
1.7	1 (2%)	6 (11.8%)	8 (15.7%)	20 (39.2%)	16 (31.4%)	3.86 (1.059)	4	4	-.768 (.333)	-.126 (.656)
1.8	1 (2%)	5 (9.8%)	4 (7.8%)	25 (49.0%)	16 (31.4%)	3.98 (.990)	4	4	-1.119 (.333)	.966 (.656)
1.9	2 (3.9%)	5 (9.8%)	10 (19.6%)	17 (33.3%)	17 (33.3%)	3.82 (1.126)	4	4 ; 5	-.775 (.333)	-.110 (.656)
1.10	1 (2%)	6 (11.8%)	7 (13.7%)	17 (33.3%)	20 (39.2%)	3.96 (1.095)	4	5	-.872 (.333)	-.130 (.656)
1.11	1 (2%)	1 (2%)	11 (21.6%)	24 (47.1%)	14 (27.5%)	3.96 (0.871)	4	4	-.868 (.333)	1.411 (.656)
1.12	1 (2%)	4 (7.8%)	10 (19.6%)	21 (41.2%)	15 (29.4%)	3.88 (.993)	4	4	-.777 (.333)	.262 (.656)
1.13	2 (3.9%)	5 (9.8%)	8 (15.7%)	22 (43.1%)	14 (27.5%)	3.80 (1.077)	4	4	-.890 (.333)	.302 (.656)
1.14	1 (2%)	6 (11.8%)	7 (13.7%)	23 (45.1%)	14 (27.5%)	3.84 (1.027)	4	4	-.826 (.333)	.119 (.656)

Ainda, como se pode verificar na tabela 8, a análise fatorial permitiu a identificação de um fator num total de variância explicada de 55.29%. Tal permite-nos concluir, que a presente escala explica mais de metade da variância relativamente à percepção do acompanhamento global na gravidez. Esta informação é reforçada pela consistência interna do total de itens que compõe o instrumento ( $\alpha=.93$ ), demonstrando um valor adequado na função da média dos coeficientes de correlação entre os itens e o número de itens do instrumento.

Conclui-se, então, pela análise das características psicométricas que os resultados enunciados pela escala em questão poderão ser utilizados nas análises estatísticas, pois embora não preencham critérios de sensibilidade de excelência, oferecem as necessárias características de validade e fidelidade.

Tabela 8: Análise fatorial com rotação *varimax* da Escala de Percepção de Acompanhamento Global na Gravidez

Item	Fator 1	Variância (%)	$\alpha$
1.1	.771		
1.2	.489		
1.3	.767		
1.4	.713		
1.5	.785		
1.6	.771		
1.7	.468	55,292	.934
1.8	.618		
1.9	.655		
1.10	.799		
1.11	.810		
1.12	.891		
1.13	.887		
1.14	.834		

➤ **Grupo B - Escala de Percepção do Acompanhamento Global no Parto**

No que se refere à **sensibilidade**, verificou-se, através das tabelas de frequências dos itens de resposta que na sua maioria as categorias de resposta foram usadas em cada um dos itens que compõe a escala. Do mesmo modo, a média dos resultados demonstrou-se próxima à mediana e moda da distribuição.

Ainda, como pode ser identificado na tabela 9, verifica-se que para a maioria dos itens desta escala, os coeficientes de assimetria e curtose não se encontram no intervalo entre -1 e 1 como o desejável, o que indica uma distribuição afastada do normal, comprometendo assim a sensibilidade destes itens.

Tabela 9: Resultados para a sensibilidade da Escala de Percepção de Acompanhamento Global no Parto segundo as tabelas de frequência dos itens, média, mediana, moda, coeficientes de assimetria e curtose

Item	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Média (D.P)	Mediana	Moda	Assimetria (S.P)	Curtose (E.P)
1.1	1 (2%)	3 (5.9%)	12 (23.5%)	23 (45.1%)	12 (23.5%)	3.82 (.932)	4.00	4	-.714 (.333)	.558 (.656)
1.2	1 (2%)	1 (2%)	9 (17.6%)	24 (47.1%)	16 (31.4%)	4.04 (.871)	4.00	4	-1.023 (.333)	1.780 (.656)
1.3	1 (2%)	1 (2%)	8 (15.7%)	24 (47.1%)	17 (33.3%)	4.08 (.868)	4.00	4	-1.110 (.333)	2.033 (.656)
1.4	1 (2%)	1 (2%)	6 (11.8%)	24 (47.1%)	19 (37.3%)	4.16 (.857)	4.00	4	-1.305 (.333)	2.712 (.656)
1.5	1 (2%)	1 (2%)	5 (9.8%)	21 (41.2%)	23 (45.1%)	4.25 (.868)	4.00	5	-1.484 (.333)	3.070 (.656)
1.6	0	0	1 (2%)	27 (52.9%)	23 (45.1%)	4.43 (.539)	4.00	4	-.116 (.333)	-1.170 (.656)
1.7	1 (2%)	0	3 (5.9%)	25 (49.0%)	22 (43.1%)	4.31 (.761)	4.00	4	-1.738 (.333)	5.849 (.656)
1.8	0	0	0	14 (27.5%)	37 (72.5%)	4.73 (.451)	5.00	5	-1.041 (.333)	-.954 (.656)

Quanto à **validade**, os pressupostos inerentes à realização da análise fatorial verificam-se cumpridos, tendo o resultado da medida de adequação da amostra KMO sido de .86. Portanto, um valor superior a 0.70 tal como preconiza Field (2005), o que significa que os padrões de correlação são relativamente compactos, e que por isso a análise fatorial apresenta fatores distintos e fidedignos.

Por seu turno, o resultado do teste de esfericidade de Bartlett foi de 285.03 ( $p < .001$ ), provando assim que os itens em análise estão relacionados entre si, e que por isso a análise fatorial é apropriada.

Ainda, como se pode verificar na tabela 10, a análise fatorial permitiu a identificação de um fator num total de variância explicada de 61.21%. Tal permite-nos concluir que, a presente escala explica mais de metade da variância relativamente à percepção do acompanhamento global no parto. Esta informação é reforçada pela **consistência interna** do total de itens que compõe o instrumento ( $\alpha = .91$ ), demonstrando um valor adequado na função da média dos coeficientes de correlação entre os itens e o número de itens do instrumento.

Tabela 10: Análise fatorial com rotação *varimax* da Escala de Percepção de Acompanhamento Global no Parto

Item	Fator 1	Variância (%)	$\alpha$
1.1	.705		
1.2	.866		
1.3	.901		
1.4	.070		
1.5	.889	61.213	.906
1.6	.557		
1.7	.904		
1.8	.404		

Conclui-se, então, pela análise das características psicométricas que os resultados enunciados pela escala em questão poderão ser utilizados nas análises estatísticas, pois embora não preencham critérios de sensibilidade de excelência, oferecem as necessárias características validade e fidelidade.

➤ **Grupo C - Escala de Percepção de Acompanhamento Global no Pós-Parto Imediato**

No que concerne a análise da **sensibilidade**, verificou-se, através das tabelas de frequências dos itens de resposta que na sua maioria foram usadas as categorias de resposta em cada um dos itens que compõe a escala. Do mesmo modo, a média dos resultados demonstrou-se próxima à mediana e moda da distribuição.

Ainda, como pode ser identificado na tabela 11, verifica-se que os valores dos coeficientes de assimetria e curtose, não se encontram no intervalo entre -1 e 1 como o desejável, o que indica uma distribuição afastada do normal, comprometendo assim a sensibilidade dos itens desta escala.

Quanto à **validade**, os pressupostos inerentes à realização da análise fatorial verificam-se cumpridos, tendo o resultado da medida de adequação da amostra KMO sido de .92. Portanto, um valor superior a 0.70 tal como preconiza Field (2005), o que significa que os padrões de correlação são relativamente compactos, e que por isso a análise fatorial apresenta fatores distintos e fidedignos.

Tabela 11: Resultados para a sensibilidade da Escala de Percepção de Acompanhamento Global no Pós-Parto Imediato segundo as tabelas de frequência dos itens, média, mediana, moda, coeficientes de assimetria e curtose

Item	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Média (D.P)	Mediana	Moda	Assimetria (S.P)	Curtose (E.P)
1.1	0	2 (3.9%)	4 (7.8%)	21 (41.2%)	24 (47.1%)	4.31 (.642)	4.00	5	-.1.141 .333	1.202 (.656)
1.2	0	1 (2%)	1 (2%)	18 (35.3%)	31 (60.8%)	4.55 (.642)	5.00	5	-.1.604 .333	3.554 (.656)
1.3	1 (2%)	1 (2%)	2 (3.9%)	18 (35.3%)	29 (56.9%)	4.43 (.831)	5.00	5	-.2.060 .333	5.599 (.656)
1.4	1 (2%)	2 (3.9%)	6 (11.8%)	14 (27.5%)	28 (54.9%)	4.29 (.965)	5.00	5	-.1.467 (.333)	1.929 (.656)
1.5	4 (7.8%)	6 (11.8%)	14 (27.5%)	14 (27.5%)	13 (25.5%)	3.51 (1.223)	4.00	3 ; 4	-.468 (.333)	-.608 (.656)
1.6	2 (3.9%)	0	7 (13.7%)	31 (60.8%)	11 (21.6%)	3.96 (.848)	4.00	4	-.1.565 (.333)	4.347 (.656)
1.7	1 (2%)	3 (5.9%)	2 (3.9%)	26 (51.0%)	19 (37.3%)	4.16 (.903)	4.00	4	-.1.510 (.333)	2.837 (.656)
1.8	1 (2%)	1 (2%)	4 (7.8%)	23 (45.1%)	22 (43.1%)	4.25 (.845)	4.00	4	-.1.558 (.333)	3.668 (.656)
1.9	1 (2%)	2 (3.9%)	2 (3.9%)	25 (49.0%)	21 (41.2%)	4.24 (.862)	4.00	4	-.1.653 (.333)	3.803 (.656)
1.10	1 (2%)	1 (2%)	4 (7.8%)	29 (56.9%)	16 (31.4%)	4.14 (.800)	4.00	4	-.1.474 (.333)	4.132 (.656)
1.11	0	4 (7.8%)	2 (3.9%)	24 (47.1%)	21 (41.2%)	4.22 (.856)	4.00	4	-.1.235 (.333)	1.382 (.656)

Por seu turno, o resultado do teste de esfericidade de Bartlett foi de 460.35 ( $p < .001$ ), provando assim que os itens em análise estão relacionados entre si, e que por isso a análise fatorial é apropriada.

Ainda, como se pode verificar na tabela 12, a análise fatorial permitiu a identificação de um fator num total de variância explicada de 65.67%. Tal permite-nos concluir que, a presente escala explica mais de metade da variância relativamente à percepção do acompanhamento global no pós-parto imediato. Esta informação é reforçada pela **consistência interna** do total de itens que compõe o instrumento

( $\alpha=.94$ ), demonstrando um valor adequado na função da média dos coeficientes de correlação entre os itens e o número de itens do instrumento.

Tabela 12: Análise fatorial com rotação *varimax* da Escala de Percepção de Acompanhamento Global no Pós-Parto Imediato

Item	Fator 1	Variância (%)	$\alpha$
1.1	.853		
1.2	.662		
1.3	.868		
1.4	.690		
1.5	.669		
1.6	.726	65.673	.941
1.7	.885		
1.8	.907		
1.9	.000		
1.10	.906		
1.11	.885		

Conclui-se, então, pela análise das características psicométricas que os resultados enunciados pela escala em questão poderão ser utilizados nas análises estatísticas, pois embora não preencham critérios de sensibilidade de excelência, oferecem as necessárias características de validade e fidelidade.

### 3.2. Escala de Bonding

A escala em questão trata-se da versão portuguesa do Mother-Baby Bonding Questionnaire (Taylor, Atkins, Kumar, Adams & Glover, 2005), que pretende avaliar especificamente um dos aspetos fundamentais do “bonding” - o investimento mental que o bebé ocupa no universo representativo dos pais. De acordo com os seus autores (Figueiredo et al., 2005a), este instrumento foi sujeito a um processo de tradução e retroversão não tendo surgido nenhuma divergência nos itens. Aos oito itens presentes na escala original foram acrescentados quatro (Zangado, Agressivo, Triste e Medroso), para que estivessem presentes a totalidade das emoções referidas como básicas.

No que se refere à sua constituição, esta escala é composta por 12 itens de auto-relato, cotados numa escala tipo *Lickert*, entre 0 e 3, consoante a emoção a que o item se refere está “nada”(=0), “um pouco”(=1), “bastante”(=2) ou “muito”(=3) presente na relação dos pais com o bebé. Portanto, neste questionário pede-se aos pais que descrevam a forma como se sentem em relação ao seu bebé no momento específico em que lhes é pedido para o preencherem.

Esta escala possui três sub-escalas, que passamos a descrever:

- *Sub-escala “Bonding Positivo”*, que mede o envolvimento emocional positivo, e é composta por 3 itens (Afetuoso, Protector e Alegre);

- *Sub-escala “Bonding Negativo”*, que avalia o envolvimento emocional negativo, e é constituída por 6 itens (Zangado, Agressivo, Triste, Ressentido, Desgostoso, Desiludido);

- *Sub-escala “Bonding Not Clear”*, que assinala a presença de emoções não claramente relacionadas com o envolvimento emocional dos pais com o bebé, é por sua vez, constituída por 3 itens (Receoso, Possessivo, Neutro ou Sem sentimentos).

Relativamente à cotação, os itens desta escala são pontuados no sentido em que, quanto mais presente a emoção em causa, mais elevado é o resultado. Deste modo, o resultado nas sub-escalas (que corresponde ao somatório das pontuações obtidas nos itens que a constituem) é tanto mais elevado quanto mais presente a dimensão que avalia e o resultado total (que se obtém pela subtração do resultado das sub-escalas “Bonding Negativo” e “Bonding not Clear” ao resultado da sub-escala “Bonding Positivo”) é tanto mais elevado quanto melhor o “bonding” dos pais.

Quanto ao estudo psicométrico deste instrumento (Figueiredo & Costa, 2009), este revela níveis razoáveis de consistência interna (Alpha de Cronbach de 0.71), e nos índices de fidelidade teste-reteste (Coeficiente de Correlação de Spearman de 0.49,  $p < 0.01$ ).

Assim, a escala de Bonding é de acordo com os seus autores, um instrumento moderadamente robusto, que embora não usufrua critérios de excelência, oferece índices satisfatórios de fidelidade e validade. Tem ainda a vantagem de ser um questionário de fácil e rápido preenchimento, o que o torna bem aceite pelos pais.

### 3.3. Escala de Autoestima de Rosenberg

A Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) foi desenvolvida por Rosenberg (1965) para avaliar globalmente a atitude positiva ou negativa do indivíduo em relação a si mesmo, sendo uma escala bastante utilizada devido à sua brevidade e facilidade de administração.

Esta escala é constituída por 10 itens, com conteúdos inerentes aos sentimentos de respeito e aceitação de si próprio, dos quais cinco itens são considerados como indicadores de atitudes positivas em relação ao *self*, a saber: o item 1, 3, 4, 7 e 10. Por seu turno, os outros cinco itens são considerados como indicadores negativos (item 2,5,6,8 e 9), os quais se encontram misturados para tornar a estrutura da escala menos transparente. Contudo, importa referir que a ordem dos itens apresentada na versão portuguesa da escala utilizada não coincide com ordem da versão americana. A razão desta discrepância deve-se ao facto de a ordem usada ter sido a que consta na edição original do livro *Society and the Adolescent Self-Image* de Morris Rosenberg, no qual se descreve pela primeira vez esta escala.

Relativamente à avaliação dos itens deste instrumento, estes são cotados através de uma escala de *Likert*, entre 1 e 4, sendo que metade dos itens estão enunciados positivamente (1, 3, 4, 7 e 10) e a outra metade negativamente (2, 5, 6, 8 e 9). Deste modo, a pontuação máxima (4) corresponde à concordância total com os itens, o que reflete atitudes positivas em relação ao *self*, e a discordância total (1) com os itens reflete atitudes negativas. Assim, os itens de orientação positiva (exemplo, item 1), apresentam-se cotados da seguinte forma: concordo fortemente (4); concordo (3); discordo (2), e discordo fortemente (1); e os itens negativos no sentido inverso. Sendo que, o valor total da escala é calculada através do somatório de todos os itens, podendo o resultado variar entre 10 e 40, sendo que um resultado mais elevado reflete níveis mais elevados de autoestima.

Por fim, no que se refere às qualidades psicométricas e validade da versão da RSES utilizada neste estudo, de acordo com Santos (2008), tal como o verificado com as amostras de adolescentes (Santos & Maia, 2003), também com a amostra de jovens adultos estas são globalmente positivas, sendo que neste último caso o alfa de Cronbach é de .82, assegurando assim uma consistência interna satisfatória.



#### **4. Procedimento**

Foi previamente solicitada uma autorização para a realização desta investigação ao Presidente do Conselho de Administração ao HPP de Cascais Dr. José Almeida, tendo-se obtido o parecer favorável a esta realização (Anexo IV). Do mesmo modo, foi pedida a autorização aos autores da versão portuguesa da RSES e da Escala de *Bonding* para utilização destes instrumentos neste estudo, tendo sido obtida uma resposta positiva.

A recolha de dados decorreu no período de Julho e Agosto de 2011 no Serviço de Ginecologia-Obstetrícia (Secção Puerpério) do hospital acima citado.

As participantes foram contactadas e avaliadas durante o internamento neste Serviço, conforme iam preenchendo os critérios de inclusão e/ou exclusão deste estudo. Sendo que os dados acerca dos critérios que permitiram a seleção das puérperas foram obtidos através da consulta dos respetivos processos.

A participação das mães foi solicitada depois de esclarecidos os objetivos e o procedimento do estudo, foram informadas do carácter voluntário do preenchimento do questionário, bem como da garantia e confidencialidade das respostas e anonimato dos resultados. Perante a anuência em participar, cada participante assinou a declaração de consentimento informado (Anexo V).

As instruções dadas para o preenchimento do questionário foram as que se encontram no próprio instrumento.

#### **5. Tratamento dos dados**

No que se refere ao procedimento estatístico, os dados foram tratados com recurso ao programa IBM SPSS v.19.0.

As características psicométricas dos instrumentos utilizados demonstram valores adequados de consistência interna face aos resultados obtidos ( $\alpha > .58$ ), como se pode ver na tabela 13.

Tabela 13: Valores de consistência interna (Alfa Cronbach) para os resultados obtidos através de cada instrumento.

Instrumento	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )
Escala Percepção Acompanhamento Gravidez	.93
Escala Percepção Acompanhamento Parto	.91
Escala Percepção Acompanhamento Pós-Parto Imediato	.94
<i>Bonding</i> (sub-escala positivo)	.58
<i>Bonding</i> (sub-escala negativo)	.69
Escala Autoestima	.84

A percepção de acompanhamento global na gravidez, parto e pós-parto imediato foi avaliado através de análise descritiva, bem como as características sociodemográficas, problemas atuais e dados da história da gravidez. As diferenças foram avaliadas por intermédio de testes *t* para amostras independentes, e ANOVA a um fator para comparação das médias.

Igualmente, a satisfação das participantes com o acompanhamento foi avaliada através da análise de frequências, e a sua relação com o acompanhamento global avaliada através de correlações *Ró de Spearman*.

Por sua vez, a relação entre a percepção de acompanhamento na gravidez, parto e pós-parto imediato com as variáveis autoestima e vinculação (*bonding*) foi tratada através de correlações de *Pearson*.

Os pressupostos estatísticos inerentes à realização das análises foram cumpridos e os resultados foram interpretados com um nível de significância inferior a 5% ( $p < .05$ ).

## Capítulo VI - Resultados

### 1. Avaliação da percepção de acompanhamento global durante a gravidez, parto e pós-parto imediato

Da análise descritiva efetuada quanto à avaliação do *carácter global do acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde*<sup>1</sup>, pelo exposto na tabela 14, a maioria das participantes evidencia uma maior percepção acompanhamento global durante a gravidez ( $M= 3.94$ ,  $DP= 0.74$ ), no parto ( $M=4.23$ ,  $DP= 0.61$ ), e no pós-parto imediato ( $M=4.19$ ,  $DP= 0.70$ ).

Tabela 14: Análise descritiva das Escalas de Percepção de Acompanhamento Global na Gravidez, Parto e Pós-Parto Imediato: Percentis (25-50-75), Médias e Desvios-Padrão (DP)

N = 51	Escala Percepção Acompanhamento Global Gravidez	Escala Percepção Acompanhamento Global Parto	Escala Percepção Acompanhamento Global Pós-Parto
Média	3.94	4.23	4.19
DP	0.74	0.61	0.70
P 25	3.64	3.88	3.91
P 50	4.00	4.13	4.27
P 75	4.23	4.75	4.73

#### 1.1. Efeito das características sociodemográficas na percepção de acompanhamento global

No que se refere ao efeito da *idade* na percepção de acompanhamento global, não se constata a sua influência na percepção de acompanhamento global na gravidez ( $r=.10$ , n.s.), no parto ( $r=.14$ , n.s.) e no pós-parto imediato ( $r=.18$ , n.s.).

No que concerne o *estado civil* das participantes, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas desta característica na percepção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49)=2.09$ , n.s.), do parto ( $t(49)=.61$ , n.s.), nem do pós-parto imediato ( $t(49)= 1.86$ , n.s.).

<sup>1</sup> Para facilitar a interpretação dos resultados obtidos, os percentis 25 - 50 - 75, médias e desvios- padrão de cada uma das escalas, os valores obtidos foram divididos pelo número de itens constituintes.

Por seu turno, a avaliação do efeito da *nacionalidade*, não revelou diferenças marginalmente significativas ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49)=.09$ , n.s.), do parto ( $t(49)=.53$ , n.s.), e do pós-parto imediato ( $t(49)=.89$ , n.s.).

No que se refere à avaliação do efeito do *nível de habilitação* apresentado pelas participantes, não foi verificada diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $F(2.48)=.89$ , n.s.), do parto ( $F(2.48)=1.21$ , n.s.), e do pós-parto imediato ( $F(2.48)=1.14$ , n.s.).

Por sua vez, relativamente ao efeito da característica *agregado familiar*, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $F(1.49)=.71$ , n.s.), do parto, ( $F(1.49)=.07$ ), e do pós-parto imediato ( $F(1.49)=2.91$ , n.s.).

Por último, quanto à *situação profissional*, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $F(3.47)=.06$ , n.s.), do parto ( $F(3.47)=.73$ , n.s.), e do pós-parto imediato ( $F(3.47)=.48$ , n.s.).

Deste modo, conclui-se de com os resultados obtidos que, não se verifica a influência das características sociodemográficas na percepção de acompanhamento global da gravidez, parto e pós-parto imediato.

## **1.2. Efeito dos problemas atuais na percepção de acompanhamento global**

No que diz respeito ao *problema atual relativo à relação com outros familiares*, foi verificado o efeito deste problema na percepção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49)= -3.31$ ,  $p<.01$ ), do parto ( $t(49)= -4.27$ ,  $p<.001$ ), e no pós-parto ( $t(49)= -4.50$ ,  $p<.001$ ), tal como o exposto na tabela 15.

Tabela 15: Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com problema atual na relação com outros familiares

	Problema atual na relação com outros familiares		
	Sim n = 1 M (D.P)	Não n = 50 M (D.P)	t (49)
Percepção Acompanhamento global Gravidez	24.00 (9.52)	55.82 (9.52)	-3.31 **
Percepção Acompanhamento global Parto	16.00 (4.21)	34.18 (4.21)	-4.27 ***
Percepção Acompanhamento global pós-parto	17.00 (6.52)	59.52 (7.76)	-4.50 ***

\*\*p<.01; \*\*\*p<.001

No que se refere ao efeito do *problema atual com estado de humor* não se verificou diferenças ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez (t(49)= .16, n.s.), do parto (t(49)= -.35, n.s.), e do pós-parto (t(49)= -.97, n.s.).

Da mesma forma, em relação ao *problema com a situação profissional* não se identificam diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez, (t(49)= -.60, n.s.), no parto (t(49)= -1.56, n.s.), e no pós-parto (t(49)= -.71, n.s.).

Por sua vez, o *problema atual com situação financeira* não revelou diferenças significativas ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez (t(49)= -1.72, n.s.). No entanto, como se pode ver na tabela 16, verificam-se diferenças significativas do efeito deste problema ao nível da percepção de acompanhamento global do parto (t(49)= -3.38, p<.01) e do pós-parto (t(49)= -3.75, p<.001).

Tabela 16: Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com o problema atual com a situação financeira

	Problema atual com a situação financeira		
	Sim n = 13 M (D.P)	Não n = 38 M (D.P)	t (49)
Percepção Acompanhamento global gravidez	51.00 (10.63)	56.63 (10.09)	-1.72
Percepção Acompanhamento global parto	30.23 (5.95)	35.05 (3.83)	-3.38 **
Percepção Acompanhamento global pós-parto	39.92 (9.77)	48.16 (5.56)	-3.75 ***

\*\*p<.01; \*\*\*p <.001

Por último, relativamente ao efeito do *problema atual com o alojamento* não foi verificado diferenças estatisticamente significativas ao nível da perceção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49) = -.44$ , n.s.), do parto ( $t(49) = -.68$ , n.s.), do pós-parto ( $t(49) = 1,22$ , n.s.).

### 1.3. Efeito dos dados da história da gravidez na perceção de acompanhamento global

Como se pode ver na tabela 17, foi constatado o efeito de ter havido uma *gravidez anterior* ao nível da perceção de acompanhamento global da gravidez ( $F(1,49) = 7.90$ ,  $p < .05$ ), do parto ( $F(1,49) = 6.91$ ,  $p < .01$ ) e do pós-parto ( $F(1,49) = 12.53$ ,  $p < .001$ )

Tabela 17: Resultados da ANOVA a um fator para diferenças na Perceção de Acompanhamento Global de acordo com a existência de Gravidez Anterior

	Gravidez Anterior		F (1,49)
	Nunca n = 45 M (D.P)	Uma vez n = 6 M (D.P)	
Perceção Acompanhamento global gravidez	56.60 (9.18)	44.67 (13.91)	7.90*
Perceção Acompanhamento global parto	34.44 (4.03)	29.17 (8.13)	6.91**
Perceção Acompanhamento global pós-parto	47.31 (6.35)	36.67 (10.67)	12.53***

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Por seu turno, a análise do efeito do *planeamento da gravidez* não revelou diferenças estatisticamente significativas ao nível da perceção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49) = .23$ , n.s.), do parto ( $t(49) = .38$ , n.s.), e do pós-parto ( $t(49) = 1.18$ , n.s.).

Relativamente a *problemas na gravidez*, como o exposto na tabela 18, a análise do efeito do *problema na relação com o companheiro* evidenciou diferenças estatisticamente significativas ao nível da perceção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49) = -2.63$ ,  $p < .05$ ) e do parto ( $t(49) = -4.06$ ,  $p < .001$ ), mas o mesmo não se verificou no pós-parto imediato ( $t(49) = -1.09$ , n.s.).

Tabela 18: Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global, de acordo com o problema na gravidez na relação com o companheiro

	Problema na gravidez na relação com o companheiro		
	Sim n = 4 M (D.P)	Não n = 47 M (D.P)	t (49)
Percepção Acompanhamento global gravidez	42.75 (12.99)	56.26 (10.99)	- 2.63*
Percepção Acompanhamento global parto	25.50 (7.19)	34.53 (4.00)	-4.06 ***
Percepção Acompanhamento global pós-parto	37.75 (16.52)	46.77 (6.30)	-1.09

\*p<.05; \*\*\*p.<.001

Do mesmo modo, verificou-se o efeito do *problema na relação com os outros familiares* ao nível da percepção de acompanhamento global do parto (t(49)=-3.45, p<.01), com exceção da percepção de acompanhamento global da gravidez (t(49)=-1.94, n.s.) e do pós-parto (t(49)=-2.45, n.s.), como se pode constatar na tabela 19.

Tabela 19: Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com o problema na gravidez na relação com outros familiares

	Problema na gravidez na relação com familiares		
	Sim n = 4 M (D.P)	Não n = 47 M (D.P)	t (49)
Percepção Acompanhamento global Gravidez	45.75 (15.88)	56.00 (9.65)	-1.94
Percepção Acompanhamento global parto	26.50 (7.33)	34.45 (4.17)	-3.45***
Percepção Acompanhamento global pós-parto	32.00 (12.36)	47.26 (5.95)	-2.45

\*\*\*p<.001

Igualmente, constatou-se o efeito *do problema na gravidez com o estado humor* ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez (t(49)=-2.13, p<.05) e pós-parto (t(49)=-2.07, p<.05), mas não se verificou efeito ao nível da percepção de acompanhamento global do parto (t(49)=-1.58, n.s.), conforme podemos observar na tabela 20.

Tabela 20: Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com o problema na gravidez com o estado de humor

	Problema na gravidez com o estado de humor		
	Sim n = 16 M (D.P)	Não n = 35 M (D.P)	t (49)
Percepção Acompanhamento global gravidez	50.75 (12.68)	57.23 (8.67)	-2.13 *
Percepção Acompanhamento global parto	32.25 (6.25)	34.54 (4.02)	-1.58
Percepção Acompanhamento global pós-parto	42.88 (9.49)	47.51 (6.32)	-2.07 *

\*p<.05

De igual modo, como pode verificar-se pela tabela 21, foi evidenciado um efeito do *problema com situação financeira* ao nível da percepção de acompanhamento global do parto ( $t(49)=-2.75$ ,  $p<.01$ ), mas não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49)=-1.32$ , n.s.), e pós-parto ( $t(49)=-1.28$ , n.s.).

Tabela 21: Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com o problema na gravidez com a situação financeira

	Problema na gravidez com a situação financeira		
	Sim n = 11 M (D.P)	Não n = 40 M (D.P)	t (49)
Percepção Acompanhamento global gravidez	51.55 (12.75)	56.20 (9.63)	-1.32
Percepção Acompanhamento global parto	30.45 (6.23)	34.75 (4.07)	-2.75 **
Percepção Acompanhamento global pós-parto	43.45 (10.97)	46.78 (6.49)	-1.28

\*\*p<.01

Ainda em relação aos problemas/dificuldades ocorridos neste período, como podemos constatar na tabela 22, verificou-se o *efeito do problema situação profissional* ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49)=-2.21$ ,  $p<.05$ ), no parto ( $t(49)=-2.49$ ,  $p<.05$ ), com exceção do pós-parto imediato ( $t(49)=-1.75$ , n.s.).



Tabela 22: Resultados do teste-t para diferenças na Percepção de Acompanhamento Global de acordo com o problema na gravidez com a situação profissional

	Problema na gravidez com a situação profissional		
	Sim n = 11 M (D.P)	Não n = 40 M (D.P)	t (49)
Percepção Acompanhamento global gravidez	49.27 (12.79)	56.83 (9.19)	-2.21 *
Percepção Acompanhamento global parto	30.73 (6.71)	34.68 (3.95)	-2.49 *
Percepção Acompanhamento global pós-parto	41.09 (11.64)	47.43 (5.65)	-1.75

\*p<.05

Por último, relativamente ao *problema com o alojamento durante a gravidez*, não foi constatado um efeito deste problema ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49) = -.69$ , n.s.), do parto ( $t(49) = -1.89$ , n.s.) e do pós-parto ( $t(49) = -.42$ , n.s.).

No que se refere ao *centro hospitalar aonde foi acompanhada a gravidez* das participantes, não foi verificado um efeito deste ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49) = -.53$ , n.s.), do parto ( $t(49) = -.03$ , n.s.) ou pós-parto ( $t(49) = .03$ , n.s.).

Por sua vez, também não se constata um efeito do *tipo de serviço de saúde* onde a participante foi acompanhada ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $F(2.34) = .14$ , n.s.), no parto ( $F(2.34) = .93$ , n.s.) ou no pós-parto ( $F(2.34) = .45$ , n.s.).

Relativamente aos *profissionais que acompanharam a gravidez* das participantes, a análise realizada revelou que nos casos em que foi o *médico de família* o profissional que a acompanhou, não foi verificado o efeito deste dado ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49) = 1.23$ , n.s.).

Sendo que, também não se verificou efeito ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49) = -.82$ , n.s.) no caso de ter sido o *enfermeiro* a realizar o acompanhamento da gestação.

Igualmente, se verifica que não há efeito ao nível da percepção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49) = .91$ , n.s.) no caso de ser o *ginecologista habitual* da participante a acompanhar a gravidez.

Por fim, no caso de ter sido *um ginecologista escolhido para esta gravidez*, também não foi verificado o efeito deste facto ao nível da perceção de acompanhamento global da gravidez ( $t(49)= 1.11$ , n.s.).

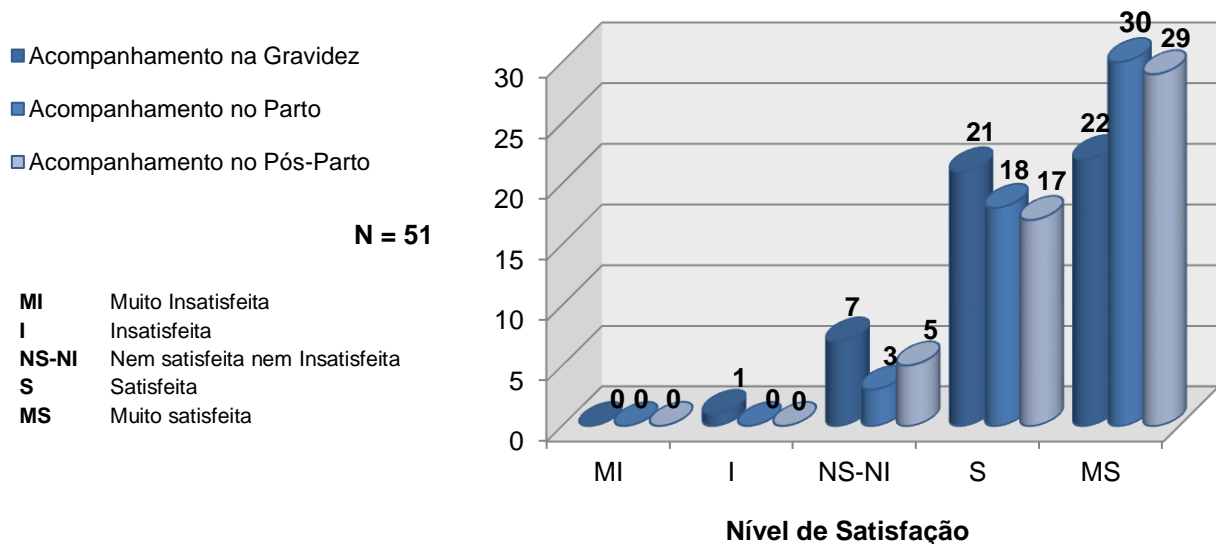
Em relação à realização de um *curso de preparação ao parto e parentalidade* pelas participantes, não se constatou um efeito deste dado ao nível do acompanhamento da gravidez ( $t(49)=-.57$ , n.s.), do parto ( $t(49)= .16$ , n.s.) ou do pós-parto ( $t(49)=-. 67$ , n.s.).

## 2. Avaliação do nível de satisfação face ao acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde na gravidez, parto e pós-parto

“Questão 3. Em que medida está satisfeita ou insatisfeita com o acompanhamento que tem recebido dos profissionais de saúde neste período...gravidez (Grupo A)... parto (Grupo B)... após o parto (Grupo C)?”

Como exposto na figura 5 da análise efetuada para a avaliação da *satisfação das participantes face ao acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde*, constata-se que 84% (n=43) das participantes estão satisfeitas ou muito satisfeitas com o acompanhamento da gravidez, 95% (n=48) estão satisfeitas ou muito satisfeitas face ao acompanhamento do parto, e 90% (n=46) estão igualmente satisfeitas ou muito satisfeitas com o acompanhamento do pós-parto.

Figura 5: Gráfico de Barras da distribuição das mães segundo o nível de satisfação face ao Acompanhamento prestado na Gravidez, Parto e Pós-parto.



## 2.1. Avaliação da relação entre satisfação e percepção de acompanhamento prestado na gravidez, parto e pós-parto imediato

No que concerne à avaliação da *relação entre satisfação das mães e o acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde*, constata-se que as mulheres mais satisfeitas com o acompanhamento da gravidez têm uma maior percepção de acompanhamento global na gravidez ( $r_{sp}=.68$ ,  $p<.001$ ).

Por sua vez, as mulheres mais satisfeitas com o acompanhamento do parto evidenciam uma maior percepção de acompanhamento global no parto ( $r_{sp}=.54$ ,  $p<.001$ ).

Por último, as mulheres mais satisfeitas com o acompanhamento do pós-parto evidenciam uma maior percepção de acompanhamento global no pós-parto ( $r_{sp}=.69$ ,  $p<.001$ ). Os resultados obtidos para estas variáveis encontram-se sintetizados na tabela 23.

Tabela 23: Correlação Ró de *Spearman* entre a Satisfação com o Acompanhamento da Gravidez, Parto e Pós-Parto imediato e a Percepção de Acompanhamento Global da Gravidez, Parto e Pós-Parto imediato

	Item	Ró Spearman
Percepção Acompanhamento global gravidez	3-Grupo A (Satisfação Acomp. Gravidez )	.68***
Percepção Acompanhamento global parto	3-Grupo B (Satisfação Acomp. Parto)	.54***
Percepção Acompanhamento global pós-parto	3-Grupo C (Satisfação Acomp. Pós-Parto Imediato)	.69***

\*\*\* $p<.001$

### 3. Avaliação da relação entre o acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto imediato com a autoestima e vinculação materna

A percepção de acompanhamento global na gravidez está positivamente correlacionada com a percepção de acompanhamento global no parto ( $r=.58$ ,  $p<.001$ ), e no pós-parto ( $r=.60$ ,  $p<.001$ ). Por sua vez, a percepção de acompanhamento global no parto está positivamente correlacionada com a percepção de acompanhamento global no pós-parto imediato ( $r=.73$ ,  $p<.001$ ).

No que concerne à avaliação da relação entre percepção de acompanhamento global prestado durante a gravidez, parto e pós-parto imediato com a variável depende autoestima materna, foi verificado que percepção de acompanhamento global na gravidez ( $r=.34$ ,  $p<.05$ ), no parto ( $r=.33$ ,  $p<.05$ ) e no pós-parto imediato ( $r=.44$ ,  $p<.001$ ) estão positivamente correlacionadas com a autoestima materna mais elevada.

Ainda, constata-se que a percepção de acompanhamento global no pós-parto imediato encontra-se negativamente correlacionada com o “bonding negativo” ( $r=-.36$ ,  $p<.05$ ).

Por fim, verifica-se que o nível de autoestima mais elevado encontra-se positivamente correlacionado com o “bonding positivo” ( $r=.33$ ,  $p<.05$ ), e negativamente correlacionado com o “bonding negativo” ( $r=-.40$ ,  $p<.01$ ). Os dados obtidos encontram-se sintetizados na tabela 24.

Tabela 24: Correlações de *Pearson* entre a percepção de Acompanhamento Global da Gravidez, Parto e Pós-Parto, o bonding e a autoestima materna

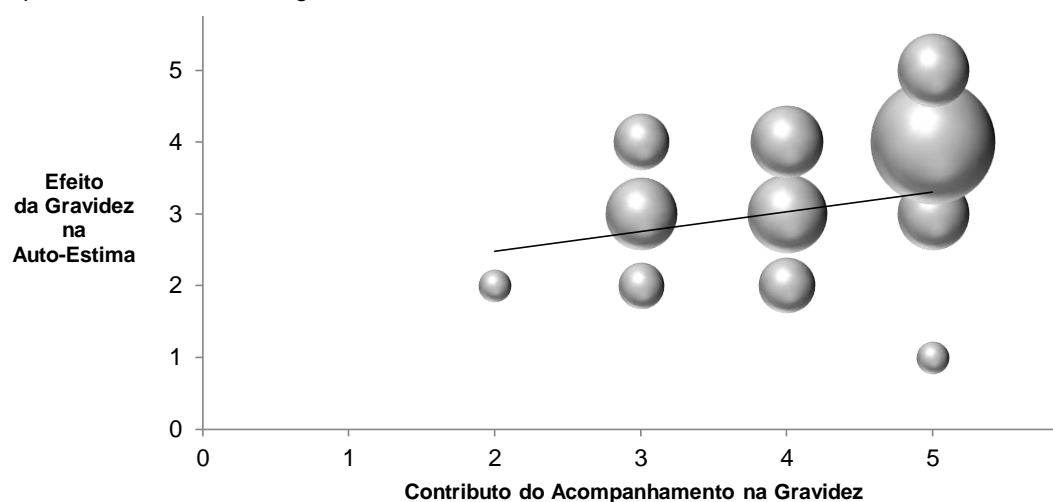
	Percepção Acomp Global Gravidez	Percepção Acomp. Global Parto	Percepção Acomp. Global Pós-parto	Bonding Positivo	Bonding Negativo	Autoestima
Percepção Acomp. Global Gravidez	–	.58 ***	.60 ***	.20	-.06	.34 *
Percepção Acomp. Global Parto		–	.77 ***	.05	-.17	.33 *
Percepção Acomp. Global Pós-parto			–	.21	-.33 *	.44 **
Bonding Positivo				–	-.54 ***	.33 *
Bonding Negativo					–	-.40 **
Autoestima						–

\* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$ ; \*\*\* $p<.001$

Ainda, com o intuito de perceber o efeito que o acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto imediato pode ter na autoestima materna, relacionamos as questões do grupo A: “ 2.1. *Em que medida concorda ou discorda com a seguinte afirmação: “A minha gravidez teve um efeito positivo sobre a minha autoestima.”*”; com a “2.2. *Qual pensa ter sido o contributo do acompanhamento realizado pelos Profissionais de Saúde para que tenha a opinião anteriormente dada?”*”

Os resultados obtidos, indicam, como se pode constatar pela figura 9, as mães que consideram que a gravidez teve um efeito positivo sobre a sua autoestima, consideram que acompanhamento realizado pelos profissionais durante este período contribuiu para tal ( $r=.45, p<.01$ ).

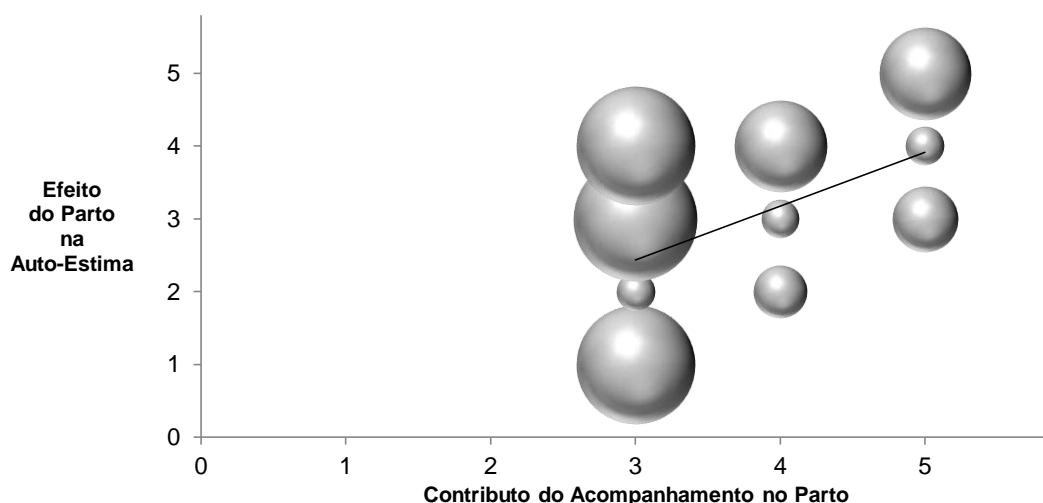
Figura 6: Gráfico de Dispersão: Efeito positivo da gravidez na Autoestima X Contributo do acompanhamento recebido na gravidez



Da mesma forma, relacionamos as questões do Grupo B: “ 2.1. *Em que medida concorda ou discorda com a seguinte afirmação: “O meu parto teve um efeito positivo sobre a minha autoestima.”*”; com a, “2.2. *Qual pensa ter sido o contributo do acompanhamento realizado pelos Profissionais de Saúde para que tenha a opinião anteriormente dada?”*”

Os resultados obtidos indicam que, as mães que consideram que o parto teve um efeito positivo sobre a sua autoestima, consideram que acompanhamento realizado pelos profissionais neste período contribuiu para tal ( $r=.71, p<.01$ ), tal como se pode ver na figura 10.

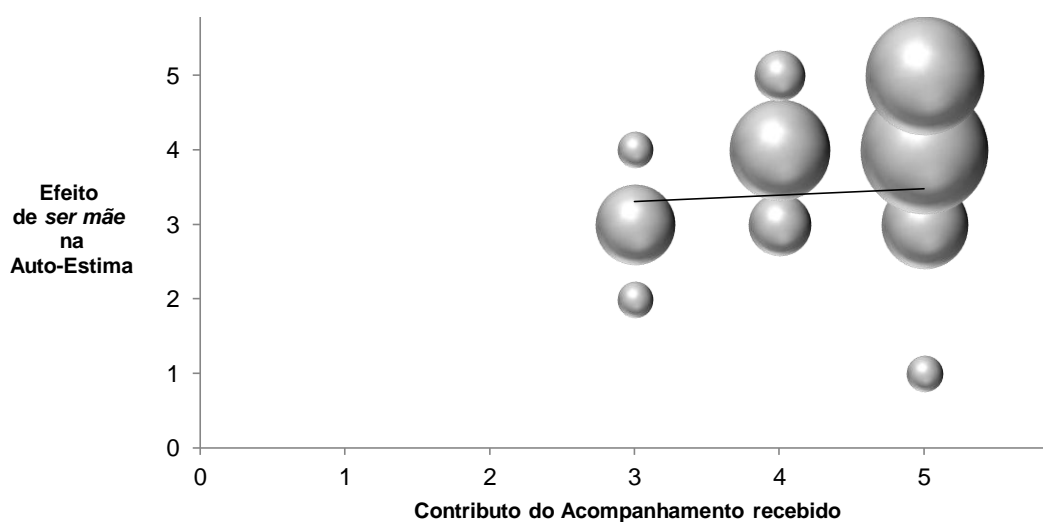
Figura 7: Gráfico de Dispersão: Efeito positivo do Parto na Autoestima X Contributo do Acompanhamento recebido no Parto



Por último, relacionamos as questões do Grupo C: “ 2.1. Em que medida concorda ou discorda com a seguinte afirmação: “Ser mãe está a ter um efeito positivo sobre a minha autoestima”, com a “2.2. Qual pensa ter sido o contributo do acompanhamento realizado pelos Profissionais de Saúde para que tenha a opinião anteriormente dada?”

Os dados obtidos sugerem que, as mães que consideram que ser mãe teve um efeito positivo sobre a sua autoestima, consideram que acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde contribuiu para tal ( $r=.37$ ,  $p<.01$ ), tal como se pode ver na figura 11.

Figura 8: Gráfico de Dispersão: Efeito positivo de "Ser Mãe" na Autoestima X Contributo do Acompanhamento prestado pelos Profissionais de Saúde



## **Capítulo VII - Discussão**

O principal objetivo deste estudo foi verificar o efeito do acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto na autoestima de mães primíparas, bem como na vinculação destas mães aos seus bebês. Para além deste objetivo, este estudo pretendeu ainda avaliar:

- a perceção de acompanhamento global na gravidez, parto e pós-parto imediato;
- a satisfação materna face ao acompanhamento e a sua relação com a perceção de acompanhamento global da gravidez, do parto e pós-parto imediato;
- a relação entre a autoestima materna e a vinculação estabelecida entre mãe e o bebé.

De seguida serão discutidos os resultados do estudo referentes aos objetivos, e consequentes hipóteses desenvolvidas.

De acordo com os dados obtidos, a maioria das mães apresenta uma boa perceção de acompanhamento global da gravidez, do parto e do pós-parto imediato prestado pelos profissionais de saúde. Estes resultados vão ao encontro do evidenciado na literatura, que aponta para a importância dos profissionais de saúde proporcionarem condições para uma experiência positiva da transição para a maternidade (e.g., Barclay, et al., 1997; Brito, 2009; Falcone et al., 2005; Isserlis et al., 2008; Molénat, 2009; Piccinini et al., 2008; Sarmiento & Setúbal, 2003). Sendo destacado por vários estudos, que as intervenções durante este período serão favorecidas através da prestação de um cuidado global (físico e psicológico) à saúde materna, integrando os aspetos psicológicos associados a este período específico de transição para a mulher, no acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto (e.g., Carvalho et al., 2007; Conde & Figueiredo, 2007; Hoga & Reberte., 2007; Milgrom, Schembri, Ericksen, Ross, & Gemmill, 2011; Pacheco et al., 2005; Sword et al., 2012).

Estes resultados vão também no sentido do que preconiza a Direção-Geral de Saúde (2005) que apoiada nas evidências referenciadas na literatura, enfatiza a importância dos profissionais de saúde promoverem a saúde mental na gravidez e primeira infância. Para tal, sugere que sejam desenvolvidos, pelos profissionais de saúde, cuidados que integrem os aspetos físicos, psíquicos e sociais do período pré e pós-natal. Sublinhando ainda, a importância do suporte dado pelos profissionais, e de

estes atenderem aos estados emocionais da mulher, dando primazia às necessidades de saúde mental da gravidez e primeira infância.

Ainda, relativamente à percepção de acompanhamento global, os resultados deste estudo demonstram que o facto de ter problemas (atuais) com outros familiares teve um efeito na percepção de acompanhamento global na gravidez, parto e pós-parto. Assim como, verificou-se que ter problemas (atuais) financeiros influenciou a percepção de acompanhamento global do parto e do pós-parto.

Por sua vez, quanto aos problemas evidenciados durante a gravidez, foi também constatado por este estudo, a influência de ter problemas com o companheiro e com a situação profissional na percepção de acompanhamento global na gravidez, e no parto. Verificou-se também, que o facto de ter problemas durante a gravidez com outros familiares e com o estado humor, influenciou a percepção de acompanhamento global da gravidez e pós-parto imediato das mães. Por último, os resultados obtidos mostram ainda que, ter problemas financeiros durante este período teve um efeito na percepção de acompanhamento global do parto.

Um estudo realizado por Conde e Figueiredo (2007), que investiga as diferentes preocupações parentais no período de transição para a parentalidade, indica que as mães apresentam preocupações a nível económico-social, familiar e interpessoal, e com a saúde e bem-estar do bebé, que podem contribuir para o aumento da ansiedade associada a este período. Estas autoras sublinham que uma intervenção que tenha em conta os aspetos psicológicos da transição para a parentalidade, e se focalize nestas áreas de preocupação parental garantirá uma prestação de cuidados adequados aos pais. No mesmo sentido, Isserlis et al. (2008) referem que as mães que se encontram nestas situações de vida, possivelmente vão ter um acréscimo de ansiedade durante este período e necessidades especiais. Sendo que os profissionais devem identificar quais são estas dificuldades, para que possam proporcionar um acompanhamento adequado a cada situação.

Tendo isto em conta, talvez as mães deste estudo não tenham sentido a atenção nem o apoio necessário que as ajudassem a gerir a realidade dos problemas que as afetaram. O que pode explicar, assim, a menor percepção de acompanhamento global evidenciada pelas mães que tiveram estes problemas/dificuldades, em detrimento daquelas que não os tiveram.

Todavia, tal como o também referido na literatura, é importante ter em conta, quando se avalia se o apoio recebido foi adequado, que nem sempre o apoio recebido



ou percebido pode corresponder ao esperado, situação que dificulta a relação entre o provedor e recetor do suporte (Rapoport & Piccinini, 2006). Assim, este aspeto pode também explicar o porquê das mães deste estudo terem evidenciado uma menor percepção de acompanhamento global.

Por fim, os resultados obtidos para a percepção de acompanhamento global revelaram ainda que, a existência de uma gravidez anterior influenciou também esta variável. Os resultados sugerem que as mulheres que tiveram uma gravidez anterior evidenciaram uma menor percepção de acompanhamento global da gravidez, parto e pós-parto imediato. De acordo com Isserlis et al. (2008), as mulheres que já perderam um bebé, seja qual tenha sido o motivo, apresentam necessidades especiais, como as de falar do que aconteceu e saber se a gravidez atual tem mais probabilidades de ter um desfecho positivo, que deverão ser reconhecidas pelos profissionais que as acompanham, para que estes possam adotar um apoio específico para estas mulheres. O que poderá explicar a influência de ter havido uma gravidez anterior na percepção de acompanhamento global da gravidez, parto e pós-parto.

Relativamente à relação entre a variável satisfação com acompanhamento e percepção de acompanhamento global, de acordo com os resultados obtidos, verifica-se a existência de uma relação significativa entre o nível de satisfação com o acompanhamento prestado e a percepção de acompanhamento global na gravidez, parto e pós-parto imediato. Portanto, este resultado sugere que as mães que estão satisfeitas com o acompanhamento prestado durante a gravidez, parto e pós-parto imediato, evidenciam uma maior percepção de acompanhamento global da gravidez, parto e pós-parto imediato. Assim, a hipótese 1 deste estudo corrobora-se.

Como vimos na parte teórica desta investigação, a satisfação com os cuidados recebidos é um indicador importante da qualidade do acompanhamento percebido (Camacho et al., 2012; Fitzpatrick, 1997, citado por Waldenstrom & Rudman, 2008), e que um acompanhamento de qualidade requer a valorização da integralidade da saúde (Molénat, 2009). Assim sendo, os resultados obtidos para hipótese 1 desta investigação, parecem indicar que o acompanhamento global percebido pelas mães desde a gravidez ao pós-parto revela ser um acompanhamento de qualidade.

Estes resultados obtidos são ainda corroborados pelos resultados apresentados por um estudo dinamarquês recente, realizado com mulheres com baixo risco obstétrico durante a experiência de nascimento, onde foi evidenciada uma maior satisfação com o cuidado recebido quando este foi centrado no paciente, e enfatizou a

comunicação e o apoio emocional (Overgaard et al., 2012). Mais precisamente, este estudo revelou que as mulheres manifestaram maior satisfação com o cuidado recebido, quando sentiram a atenção do profissional que prestou cuidados para com as suas necessidades psicológicas e desejos para o nascimento, quando tiveram oportunidades para participar nas tomadas de decisão dos cuidados a receber, e ainda quando se sentiram escutadas e informadas. Portanto, aspetos que também foram tidos em conta na perceção de acompanhamento global do presente estudo.

Na presente investigação, o objetivo principal consiste em explorar as relações entre perceção de acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto com a autoestima e a vinculação materna, concretamente, se se verifica uma relação significativa entre estas variáveis. De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que as variáveis perceção de acompanhamento global da gravidez, do parto e do pós-parto imediato e autoestima materna estão positivamente correlacionadas. Isto significa que, as mães que têm uma maior perceção de acompanhamento global da gravidez, parto e pós-parto imediato, apresentam um nível de autoestima mais elevado, logo a hipótese 2 deste estudo comprova-se.

Tais resultados estão em concordância com a literatura, onde é referido que atender às necessidades da mulher contribui para a sua autoestima (e.g., Brazelton, 1985) que, a mãe necessita de suporte nesta fase de transição, sendo importante que sinta segurança na relação com a pessoa que lhe dá suporte, se sinta valorizada, apoiada, confortada, acompanhada e instruída. Sendo ainda essencial que, esta lhe transmita confiança, para que ela mesma a possa encontrar, e se sentir confiante no ajustamento ao novo papel (Stern, 1997). Neste sentido, uma pesquisa efetuada por Klein e Guedes (2008), sugere que uma intervenção que dê suporte às grávidas para poderem expressar os seus sentimentos, angústias, dúvidas, medos, dificuldades e preocupações, lhes permite compreender e lidar de forma mais ajustada com a fase da gravidez, o que faz com que se sintam melhores, com mais autoconfiança e disposição para enfrentar a realidade, reforçando a sua autoestima. De outro modo, um estudo realizado por Barclay et al. (1997), sugere que uma intervenção onde as mães perceberam uma atitude intrusiva, insensível e com orientações contraditórias da parte dos profissionais, conduziu a uma menor autoestima, tendo dificultado o processo de transição para a maternidade.

Estes resultados obtidos para a hipótese 2, vão ainda no sentido dos resultados de uma investigação conduzida por Matthey et al. (2004), onde foi

demonstrado que uma intervenção psicossocial com vista à preparação para a parentalidade no período pré-natal, com mães com baixo nível de autoestima, contribuiu para o aumento da autoestima destas mães face ao ajustamento parental no período pós-natal. Por outro lado, este dado obtido também pode ser apoiado na literatura, se considerarmos a perceção de acompanhamento global que defendemos nesta investigação, como uma forma de suporte social (nomeadamente, do tipo emocional) que os profissionais dão às mães. Pois, é destacado na literatura que o suporte social tende a aumentar a autoestima (e.g., Cohen & Wills, 1985; McNicholas, 2002).

Outros resultados obtidos no presente estudo, que vão no sentido dos resultados observados anteriormente para a hipótese 2, sugerem que as mães que consideram que a gravidez, o parto e que ser mãe teve um efeito positivo sobre a sua autoestima, consideram que acompanhamento realizado pelos profissionais desde a gravidez ao pós-parto imediato contribuiu para tal. Estes resultados são consistentes com um estudo francês realizado por Capponi e Horbacz (2007), que teve como intuito perceber com quem contam e em quem se apoiam as primíparas durante o período de transição para a maternidade. De acordo com este estudo, das 62 mães participantes, 31% das mães refere que conta com o contributo dos profissionais de saúde para o suporte da sua autoestima, nomeadamente ao nível da confiança em si e da aceitação de si durante este período.

Os resultados obtidos também nos demonstram que a maior perceção de acompanhamento global do pós-parto imediato, está negativamente relacionada com o bonding negativo. Portanto, isto significa que as mães que evidenciam uma maior perceção de acompanhamento global do pós-parto imediato, apresentam menor bonding negativo. Assim, há evidências de uma parte da hipótese 3 deste estudo que é comprovada.

Este dado vai ao encontro dos resultados de pesquisas que sugerem que as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde que contribuíram positivamente para a vinculação mãe-bebé, foram aquelas que integraram a atenção para com o estado emocional da mulher (Falcone et al., 2005; Matthey et al., 2004). Sendo assim, evidenciada a importância dos profissionais atenderem à saúde mental da mulher, mostrando compreensão e atenção para com os seus sentimentos da mãe, como forma de beneficiar o vínculo entre esta e o bebé (Maçola et al., 2010).

Estes resultados também podem ser sustentados, tal como o referido anteriormente para a hipótese 2, se considerarmos a percepção de acompanhamento global deste estudo como uma forma de suporte social dado pelos profissionais de saúde às mães desde a gravidez ao pós-parto. Dado que, uma pesquisa recente conduzida por Airosa e Silva (2013), sugere que o suporte social está positivamente correlacionado com a vinculação materna.

Por último, de acordo com os resultados obtidos para a hipótese 4 do estudo, verifica-se que a autoestima materna está positivamente correlacionada com o bonding positivo. Este resultado significa que as mães que têm um nível de autoestima mais elevado, apresentam uma vinculação positiva ao bebé. Logo, a hipótese 4 comprova-se.

Este resultado vai no sentido do indicado na literatura por estudos que apontam que um nível elevado de autoestima é um importante preditor de competências maternas e de alta qualidade na interação mãe-bebé (Dubow & Luster, 1990).

Este resultado é, também, corroborado por um estudo recente realizado por Yarcheski et al. (2009), onde foi evidenciado uma relação significativa entre a autoestima e a vinculação da mãe ao feto.

A partir dos resultados obtidos para a hipótese 4 deste estudo, verificámos ainda que a autoestima elevada está negativamente correlacionada com o bonding negativo, ou seja, as mães que evidenciam uma autoestima mais elevada, apresentam menor vinculação negativa ao bebé. Este resultado vai ao encontro do apresentado pelos estudos realizados por Drake et al. (2007) e Matthey et al. (2004), em que os resultados indicam que o nível de autoestima da mulher se trata de um fator essencial para o desenvolvimento do vínculo materno ao bebé.

## Conclusão

A presente investigação pretendeu aprofundar o conhecimento na área da intervenção dos profissionais de saúde, com vista à promoção da saúde global, com mulheres que se encontram pela primeira vez a experienciar o processo de transição para a maternidade. Mais especificamente, este estudo pretendeu contribuir para o conhecimento dos efeitos que a percepção de um acompanhamento que tenha em conta o estado emocional da primípara durante o período gravídico-puerperal, tem sobre a autoestima e a vinculação materna.

Deste modo, este estudo permitiu verificar que:

- Existe uma relação positiva entre a percepção de acompanhamento global da gravidez, parto e pós-parto imediato e a autoestima materna;
- Existe uma relação negativa entre a percepção de acompanhamento global do pós-parto imediato e o *bonding* negativo;
- A autoestima materna está positivamente correlacionada com o *bonding* positivo, e negativamente correlacionada com o *bonding* negativo.
- Existe uma relação significativa entre a satisfação com o acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto imediato, e a percepção global de acompanhamento durante estes períodos.

Estes resultados obtidos apoiaram em geral as nossas hipóteses, e foram consistentes com o evidenciado na literatura para a área investigada.

No geral, este estudo destaca a necessidade dos profissionais de saúde atenderem ao estado emocional da mulher durante o acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto, dado os efeitos positivos que esta intervenção tem sobre a autoestima materna e vinculação materna.

Os resultados obtidos salientam, também, o impacto positivo que uma intervenção que tenha em conta as emoções da mãe durante a gravidez, parto e pós-parto imediato tem na satisfação materna com estes cuidados, o que sugere uma abordagem a considerar de modo a proporcionar um acompanhamento de qualidade às mães.

Ainda, tal como em outros estudos este estudo indica que o nível de autoestima é um fator determinante para a vinculação materna.

Neste sentido, os profissionais de saúde devem ter em consideração que a transição para a maternidade é um processo exigente e de extrema importância, que caso não seja bem ultrapassado pela mulher terá repercussões na díade, comprometendo o desenvolvimento da criança ao longo do seu ciclo de vida. Como tal, torna-se primordial que estes reconheçam que as necessidades emocionais da mulher durante o período gravídico-puerperal são tão importantes como as suas necessidades físicas, e que intervenham com vista à promoção da sua saúde mental durante estes períodos. Com isto, não estamos a pedir aos enfermeiros ou aos médicos que deixem de fazer o que lhes compete ou que acumulem à sua função a de psicólogos, mas que estejam atentos ao estado emocional da mulher durante este período de transição para a maternidade, assegurando para além do seu bem-estar físico o seu bem-estar psicológico, e sabendo sugerir a intervenção de outros especialistas nos casos que ultrapassem as suas competências. Pois, como diz Marinopoulos (2010), se o acompanhamento psicológico cabe aos psicólogos/psiquiatras, a atenção para com as emoções é da responsabilidade de todos nós, e neste período extremamente sensível em termos psicológicos, esta atenção torna-se imperativa. Sendo através desta abordagem, que estaremos a caminhar no sentido de proporcionar um acompanhamento personalizado e de qualidade às mães.

O presente estudo verificou, ainda, que a maioria das mães não frequentou um curso de preparação ao Nascimento, e sabe-se que o mesmo se verifica para muitas mulheres no nosso país, havendo uma parte delas que não realizam estes cursos porque não lhe foi oferecida essa possibilidade no sistema público. Ora, tem sido apontado o quanto estes cursos são benéficos para mulher, no sentido em que lhe permitem não só estarem melhor preparadas física e psicologicamente para o momento do parto, mas também lhes conferem apoio e confiança em todo o processo da maternidade (Frias, 2011). Deste modo, esta investigação também nos permite sugerir que apesar de ser reconhecido os benefícios da preparação ao parto e parentalidade por parte das entidades políticas, há necessidade de um maior investimento nesta área, para que as instituições hospitalares públicas possam oferecer cursos de preparação ao nascimento e com maior oferta de vagas. Contudo, é igualmente necessário que os profissionais de saúde falem das vantagens destes cursos e incentivem as mulheres a frequentá-los.

Embora esta investigação contribua para o conhecimento de como a percepção de um acompanhamento global da gravidez ao pós-parto imediato influencia a autoestima e a vinculação materna, ela também apresenta limitações. Uma das limitações prende-se com carácter exploratório com que este estudo foi iniciado, que levou à construção de escalas de percepção de acompanhamento global, para dar resposta aos objetivos desta pesquisa. Estas escalas apresentam itens perante os quais as participantes demonstram elevados níveis de concordância, respondendo de forma uniforme. Deste modo, para a sua utilização futura, estes instrumentos requerem estudos de avaliação psicométrica mais rigorosos, e de eventuais reformulações, no sentido de poderem vir a ser utilizados na prática.

Por outro lado, importa referir que a recolha de dados tendo em conta opiniões, implica percepções e dado a natureza subjetiva destas, pode haver sempre riscos de as respostas poderem ser influenciadas por uma série de variáveis com as quais não contamos, e que não podemos controlar.

Outra limitação evidenciada por este estudo, prende-se com o facto de a amostra ser de conveniência, logo os dados obtidos não devem ser generalizados. Pelo que seria interessante futuramente, aplicar este estudo a uma amostra mais ampla e em outros hospitais.

Podemos ainda focar que, o facto de esta investigação ser de natureza transversal não nos permitiu avaliar se o nível de autoestima das participantes era baixo ou elevado antes da gravidez, nem durante esta etapa, nem se verificou um desenvolvimento desta variável até ao pós-parto imediato, momento em que foi avaliada por estudo em questão. Assim como, não nos foi possível avaliar a variável vinculação materna durante a gravidez, o que não nos permite perceber o seu desenvolvimento ao longo do tempo. Neste âmbito, seria interessante no futuro a realização de um estudo longitudinal, para a compreensão da real influência da percepção do acompanhamento global a cada etapa, sobre cada uma destas variáveis.

## Referências Bibliográficas

- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 64-77.
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 26-30.
- André C., Ledord, F. (2008). *L'estime de soi : S'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris: Odile Jacob.
- Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da Parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barbosa, D. C. (2007). Da concepção ao nascimento, a razão da intervenção precoce. *Estilos da Clínica*, 12(23), 68-77.
- Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Shmied, V., & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother-an analyses of woman's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 719-728.
- Bergeret-Amselek, C. (2002). *Le mystère des mères*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Borsa, J. C., & Dias, A. C. (2004). Relação Mãe e Bebê: as expectativas e vivências do puerpério. *Revista Perspectiva, Erechim*, 28(102), 39-53.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. (1985). *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*. Paris : Édition Stock.



- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brito, I. (2005). Para uma Nova Clínica de Pais e Bebés. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da Parentalidade* (pp. 409-432). Lisboa: Fim de Século.
- Brito, I. (2009). A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 600-604.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: PUF.
- Camacho, F. T., Weisman, C. S., Anderson, R. T., Hillemeier, M. M., Schaefer, E. W., & Paul, I. M. (2012). Development and Validation of a Scale Measuring Satisfaction with Maternal And Newborn Health Care Following Childbirth. *Matern Child Health J*, 16, 997-1007.
- Camarneiro, A. P. (2007). *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé*. Coimbra: Formasau.
- 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 Editora.
- Canavarro, M.C., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a Parentalidade - compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-256). Lisboa: Fim de Século.
- Capponi, I., & Horbacz, C. (2007). Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles?. *Dialogue*, 175, 115-127.
- Capponi, I., & Horbacz, C. (2008). Le «devenir mère» : anxiété et temporalité de l'accompagnement. *Pratiques psychologiques*, 14, 389-404.
- Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 2(V), 39-49.

- Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2007). Gravidez e risco psicopatológico. *Psychologica*, 46, 105-124.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 381-398.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Percepção da Experiência de Parto: Continuidade e Mudança ao longo do Pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 49-66.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 365-371.
- Correia, M. J., & Sereno, S. (2012). Gravidez e transição para a maternidade: investigação e intervenção. In M.J. Correia (Ed.), *A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, práticas e contextos numa Maternidade* (pp.13-21). Lisboa: Placebo.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(2), 159-187.
- Dayan, J., & Baleyte, J. M. (2008). Dépressions périnatales. In J. Dayan (Ed.), *Les dépressions périnatales : évaluer et traiter* (pp.21-35). Paris: Masson.
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, 357-366.
- De Valors, M. H. (2012). Des traumatismes psychiques du post-partum : traitement et prévention en préparation globale. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 419, 17-24.

- Delassus, J. M. (2007). *Devenir mère*. Paris: Dunod.
- Delassus, J.M., Carlier, L., & Boureau-Louvet, V. (2010). *L'aide-mémoire de Maternologie*. Paris: Dunod.
- Delour, M. (2004). Plaidoyer d'un pédiatre de santé publique pour une prise en compte du soin psychique en période périnatale. In M. Dugnat (Org.), *Prévention précoce, parentalité et périnatalité* [CD-Rom]. Toulouse: éditions érès.
- Dias, M. S., Silva, R. A., Souza, L. D., Lima, R. C., Pinheiro, R. T., & Moraes, I.G. (2008). Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas. *Cad. Saúde Pública*, 24(12), 2787-2797.
- Direcção-Geral de Saúde (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientações para profissionais de saúde. Lisboa: DGS.
- Drake, E. E., Humenick S.S. Amankwaa, L., Younger, J., & Roux G. (2007). Predictors of maternal responsiveness. *J Nurs Scholarsh*, 39(2), 119-25.
- Dubow, E.F., & Luster, T. (1990). Adjustment of children born to teenage mothers: the contribution of risk and protective factors. *J Marriage Fam*, 52, 393-404.
- Falcone, V. M., Mader, C. V., Nascimento, C. F., Santos, J. M., & Nóbrega, F. J. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública*, 39(4): 612-618.
- Felice, E. M. (2006). Trajetórias da maternidade e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 14(1), 7-32. Recuperado a 20 de Maio de 2013 de <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/628>.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage Publications.
- Figueiredo, B. (1996). A interacção mãe-bebé. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 117-132.

- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 521-539.
- Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-bebé. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 287-314). Lisboa: Fim de Século.
- Figueiredo, B., & Costa, R. (2009). Mother's Stress, Mood and Emotional Involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 12(3), 143-153.
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2(XX), 203-217.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005 a). Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco A., & Pais, A. (2005 b). Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(2/3), 121-131.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frias, A. (2009). *Fazer um Ser pelo Nascer! A influência do Método Psicoprofilático na Preparação para o Nascimento* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Évora, Évora.
- Frias, A. (2011). A Preparação Psicoprofiláctica e a Perceção da Experiência do Nascimento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 409-416.
- Frias, A., & Franco, V. (2008a). Perceção do parto e envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 37-48.

- Frias, A., & Franco, V. (2008b). A preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 47-54.
- Hoga, L. A. K. & Reberte, L. M. (2007). Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. *Rev Esc Enferm USP*, 41(4), 556-566.
- Isabella, R. A. (1994). Origins of maternal role satisfaction and its influences upon maternal interactive behaviour and infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 17(4), 381-387.
- Isserlis, C., Dallay-Sutter, A., Dugnat, M., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2008). *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères*. Toulouse: éditions érès.
- Jomeen, J., & Martin, C. R. (2005). Self-esteem and mental health during early pregnancy. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9, 92-95.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4(8), 371-376.
- Klaus, M., Kennel, J. H. & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: Construindo as Bases para um Apego Seguro e para a Independência*. Porto Alegre: Artes Médicas Editora.
- Klein, M. M., & Guedes, C. R. (2008). Intervenção Psicológica a Gestantes: Contribuições do Grupo de Suporte para a Promoção da Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 862-871.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lee, R. E. (1995). Women look at their experience of pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 16(3), 192-205.

- Lopes, R. S., Donelli, T. S., Lima, C. M., & Piccinini, C. A. (2005). O Antes e o Depois : Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 1(2), 247-254. Recuperado a 10 de Janeiro de 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>.
- Loureiro, E., & Figueiredo, B. (2000). Prematuridade e Maus-Tratos à Criança. *Infância e Sociedade*, 3, 48-67.
- Maçola, L., Vale, I. N., & Carmona, E. V. (2010). Avaliação da auto-estima de gestantes com o uso da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Rev. Esc Enferm USP*, 44(3), 570-577. Recuperado a 10 de Janeiro de 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/04.pdf>.
- Machado, M.C., Alves, M.I., & Couceiro, M.L. (2011). Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediatr Port*, 42(5), 195-204.
- Maldonado, M. T. (1991). *Psicologia da gravidez*. (12.<sup>a</sup> ed.). Petrópolis: Vozes.
- Matthey, S., Kavanagh D.J., Howie, P., Barnett, B., & Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood class. *Journal of Affective Disorders*, 79, 113-26.
- Marinopoulos, S. (2010). *Dans l'intime des Mères*. Paris: Marabout.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- McNicholas, S. L. (2002). Social support and positive health practices. *Western Journal of Nursing Research*, 24(7), 772-787.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36(3), 226-232.

- Mikiel-Kostyra, K., Mazur, J., & Boltruszko, I. (2002). Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr*, 91(12), 1301-1306.
- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., & Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130, 385-394.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas* (Vol. II). Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Recuperado a 10 de Janeiro de 2011 de [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf).
- Ministério da Saúde. (2006). *Organização Perinatal Nacional: Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Lisboa: Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Recuperado a 10 de Janeiro de 2011 de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/organizacao+perinatal.htm>.
- Ministério da Saúde (2012). Objetivo para o Sistema de Saúde – Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida. In *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* (pp.1-26). Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Recuperado a 14 de Julho de 2013 de <http://www.pns.dgs.pt/pns-2012-2016>.
- Missonnier, S. (2003). *La consultation thérapeutique périnatale: un psychologue à la maternité*. Toulouse: éditions érès.
- Missonnier, S. (2009). *Devenir parent, naître humain*. Paris: Édition Puf.
- Molénat, F. (2009). *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*. Toulouse: éditions érès.
- Moura, S., & Araújo, M. (2004). A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia : ciência e profissão*, 24(1), 44-55. Recuperado a 10 de Janeiro de 2011 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n1/v24n1a06.pdf>.
- Nascimento, M.J. (2003). Preparar o Nascimento. *Análise Psicológica*, 1(XXI), 47-51.

- Navarrete, L. E., Lara-Cantú, M. A., Navarro, C., Gómez, M.E., & Morales, F. (2012). Psychological factors predicting postnatal anxiety symptoms and their relation to symptoms of postpartum depression. *Rev Invest Clin.* 64(6), 625-633.
- Overgaard, C., Fenger-Gron, M., & Sandal, J. (2012). Impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*, 74, 973-981.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 7-41.
- Perrenet-Serrurier, C. (1993). Maternité et modernité. *Cahier de Maternologie-le post-partum*, 2, 29-32.
- Piccinini, C. A., Gomes, A., Lopes, R., & Moreira, L. (2004). Sentimentos e expectativas da gestante em relação ao seu bebê. *Revista Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestaçao e a Constituiçao da Maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência de maternidade. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 16(1), 85-96.
- Reis, F. L. (2010). *Como elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Reis, N. (2003). A Vida Fetal. In E. Sá (Org.), *Psicologia do Feto e do Bebê* (pp.67-84). Lisboa: Fim de Século.
- Relvas, A., & Lourenço, M. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspectivas sistémicas. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto editora.



- Remoaldo, P.C. (2005). Os desafios da saúde materno-infantil portuguesa nos inícios do século XXI. *Cuadernos Geográficos*, 36 (1), 553-561. Recuperado a 5 de Setembro de 2012 de <http://hdl.handle.net/1822/11358>.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. M. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1.º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 17-29.
- Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos (Vol. XIII)* [ CD-Rom]. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Sarmiento, R., & Setúbal, M. V. (2003). Abordagem Psicológica em Obstetrícia: aspetos emocionais da Gravidez, Parto e Puerpério. *Rev. Ciênc. Méd.*, 12(3), 261-268. Recuperado a 10 de Janeiro de 2011 de <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/1260/1235>.
- Serpa, S. R., & Suardi, F. (2011). Le stress, quel lien avec l'attachement dans la transition à la Parentalité?. In L. Roegiers & F. Molénat (Eds.), *Stress et Grossesse: quelle prévention pour quel risqué?* (pp. 133-141).Toulouse: érès.
- Silva, P. C, Eira, C., Vicente, M. G, & Guerreiro, R. (2003). Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças através dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), 59-76.

- Silva, R. A., Ores, L. C., Mondin, T. C., Rizzo, R. N., Moraes, I. G., Jansen, K. et al. (2010). Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e factores associados. *Cad. Saúde Pública*, 26(9), 1832-1838.
- Soifer, R. (1991). *Psicologia da Gravidez, parto e puerpério*. (5.<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D. (1997). *La constellation maternelle*. Paris: Calmann- Lévy.
- Stern, D. N., & Bruschiweiller-Stern, N. (2000). *O nascimento de uma mãe: Como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar.
- Sword, W., Heaman, M. I., Brooks, S., Tough, S., Janssen, P. A., Young, D. et al. (2012). Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 12-29. Recuperado a 2 de Março de 2013 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12-29>.
- Taubman-Ben-Ari, O., Shlomo, S. B., Sivan, E., & Dolizk, M. (2009). The Transition to Motherhood: A Time for Growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(8), 943-970.
- Teissiere, E. (2008). La maternité un voyage intime à l'intérieur de soi. In E. Teissiere, & B. Suarez (Eds). *Naître: de l'idéal de l'accouchement à la réalité de la naissance* (pp. 39-54). Montpellier : sauramps médical.
- Waldenstrom, U., & Rudman, A. (2008). Satisfaction with maternity care: how to measure and what to do. *Women's Health*, 4(3), 211-214.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Paris: Payot.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 708-715.

# **Anexos**

---

## Anexo I



### Departamento de Psicologia

Cara Mãe:

Sou aluna do último ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade de Évora, e por tal, estou a desenvolver um estudo de investigação intitulado “Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a auto-estima materna e vinculação mãe-bebé.”

O objectivo geral deste estudo é analisar o efeito que o acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto prestado pelos profissionais de saúde a mulheres que estão a ser mães pela primeira vez, tem sobre a auto-estima destas mulheres e sobre a forma como estas se envolvem emocionalmente com os seus bebés.

Por este motivo solicito a sua colaboração, fundamental para o sucesso desta investigação, que poderá contribuir para um melhor conhecimento sobre como o acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde pode ajudar a vivenciar a maternidade de uma forma mais satisfatória e gratificante para a mulher. Assim, peço a sua cooperação através do preenchimento de um questionário cuja duração média é de 15-20 min.

Este questionário é anónimo e confidencial, pois o seu nome não irá constar no questionário, os dados recolhidos não a vão identificar individualmente, destinando-se apenas a serem usados nesta investigação.

Este questionário não é um teste logo não existem respostas certas ou erradas, interessando apenas a sua opinião sincera.

Muito obrigada pela sua ajuda e tempo disponibilizado.

Isabel Lopes Lourenço

## Questionário

### Grupo 0 – Dados da participante

*Por favor, responda às seguintes questões assinalando com uma X na resposta que considera correcta e/ou preenchendo os espaços correspondentes.*

1. Qual é a sua **idade**?  \_\_\_\_\_ anos

2. Qual é o seu **estado civil**?

Casada

União de facto

3. Qual é a sua **nacionalidade**?

Portuguesa

Outra  \_\_\_\_\_

4. Qual é o seu nível de **habilitação**?

Ensino Básico ( $\leq 9.$ º ano)

Ensino Secundário (10.º - 12.º ano)

Ensino Superior ( $\geq 12.$ º ano)

5. Qual é o seu **agregado familiar**?

Só com o companheiro

Companheiro e outros familiares

Sem o companheiro

**6. Qual é a sua situação profissional?**

- Empregada
- Desempregada
- Estudante
- Doméstica

**7. Actualmente encontra-se com algum problema/dificuldade relativo à/ao:**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <b>7.1.</b> Relação com o seu companheiro/marido | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| <b>7.2.</b> Relação com outros familiares        | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| <b>7.3.</b> Seu estado de humor                  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| <b>7.4.</b> Sua situação profissional            | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| <b>7.5.</b> Sua situação financeira              | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| <b>7.6.</b> Seu alojamento                       | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

**8. Já alguma vez havia estado grávida?**

- Nunca
- Uma vez
- Mais do que uma vez

**9. Esta gravidez foi planeada?** Sim  Não

**10. Durante esta gravidez teve algum problema/dificuldade relativo à/ao:**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <b>10.1.</b> Relação com o seu companheiro   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| <b>10.2.</b> Conflitos com outros familiares | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| <b>10.3.</b> Seu estado de humor             | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| <b>10.4.</b> Sua situação financeira         | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| <b>10.5.</b> Sua situação profissional       | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| <b>10.6.</b> Seu alojamento                  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |


**11.** O centro hospitalar onde se encontra **hoje** internada foi o local onde foi acompanhada durante a gravidez?

Sim                       Não

**11.1.** Se **respondeu não**, qual o **tipo** de serviço de saúde onde foram realizadas as consultas de vigilância da gravidez?

- Público
- Privado
- Em ambos

**12.** Qual ou quais os profissionais que efectuaram as consultas de vigilância da gravidez? (pode assinalar mais do que uma opção)

- Médico(a) de família
- Enfermeiro(a) especialista
- Ginecologista /Obstetra habitual
- Ginecologista /Obstetra escolhido para esta gravidez
- Outro  \_\_\_\_\_

**13.** Fez algum Curso de Preparação ao Parto e Parentalidade?

Sim                       Não

## Grupo A – Acompanhamento da Gravidez

*Nesta secção questionamos a sua opinião relativamente ao acompanhamento da sua gravidez realizado pelos Profissionais de Saúde. Por favor, em cada questão, responda assinalando com uma X a opção que lhe parecer mais correcta. Use para o efeito a escala que lhe vai sendo proposta.*

**1.** Pensando no acompanhamento da sua gravidez realizado pelos Profissionais de Saúde, em que medida concorda ou discorda que:

**1.1.** Houve uma atenção tanto para com o seu bem-estar físico como também para com o seu bem-estar psicológico?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.2.** Trataram-na como uma mulher que estava a viver uma gravidez e não como uma paciente que está a viver uma doença?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.3.** Sentiu-se em confiança para falar de todas as suas impressões, dos seus medos, das suas dúvidas e expectativas que teve durante a gravidez?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.4.** Quando sentiu a necessidade de o fazer, esteve à vontade para falar da sua história de vida e da situação enquanto grávida?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente



**1.5.** Quando sentiu a necessidade de o fazer, esteve à vontade para falar dos seus sentimentos e das suas preocupações em relação ao seu desempenho e capacidade para exercer o papel de mãe?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.6.** Incentivaram-na a pensar sobre o parto, por exemplo: sobre as possibilidades de preparação ao parto que poderia realizar, sobre o local onde gostaria de o realizar, sobre o recurso ou não a métodos e técnicas de controlo da dor, a pessoa que iria ou não desejar ter presente nesse momento?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.7.** Incentivaram-na a pensar sobre o modo como gostaria de alimentar o seu bebé?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.8.** Estimularam-na a pensar e falar sobre seu bebé incentivando-a, por exemplo, a estar atenta aos movimentos que ele faz, ao modo como ele reage aos sons, ao nome que lhe queria dar?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.9.** Incentivaram a participação do seu companheiro/marido nas consultas ou, na impossibilidade de ele estar presente, para que você lhe falasse sobre o que se ia passando?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.10.** Sentiu que as suas queixas e dúvidas foram sempre valorizadas e nunca julgadas?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.11. Foram-lhe dadas sempre informações/orientações simples e claras, e de acordo com as suas necessidades e valores pessoais?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.12. Houve sempre disponibilidade para a escutarem?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.13. Houve sempre tempo para a escutarem?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.14. Foi-lhe dado todo o apoio que necessitava?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**2.1. Em que medida concorda ou discorda com a seguinte afirmação:**

*“A minha gravidez teve um efeito positivo sobre a minha auto-estima.”*

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**2.2. Qual pensa ter sido o contributo do acompanhamento realizado pelos Profissionais de Saúde para que tenha a opinião anteriormente dada?**

Nenhum	Pouco	Nem muito nem pouco	Bastante	Muito

**3. Em que medida está satisfeita ou insatisfeita com o acompanhamento que recebeu por parte dos profissionais de saúde durante a sua gravidez?**

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita

## Grupo B - Acompanhamento do Parto

Nesta secção questionamos a sua opinião relativamente ao acompanhamento do parto realizado pelos Profissionais de Saúde. Por favor, em cada questão, responda assinalando com uma X a opção que lhe parecer mais correcta. Use para o efeito a escala que lhe vai sendo proposta.

1. Pensando no acompanhamento do seu parto realizado pelos Profissionais de Saúde, em que medida concorda ou discorda que:

1.1. Tiveram em consideração as escolhas que fez para o seu parto, ou no caso destas terem sido alteradas foi-lhe explicado o porquê?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

1.2. Escutaram e respeitaram sempre os seus sentimentos, medos e angústias?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

1.3. Tiveram sempre em conta as suas necessidades?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

1.4. Foram-lhe dadas todas as informações que pediu?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

1.5. Sentiu-se acolhida e tratada num ambiente de intimidade e segurança?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.6. Sentiu que lhe deram um papel importante durante o trabalho de parto e parto?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.7. Sentiu que teve todo o apoio que necessitava?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.8. Foi-lhe dado um momento logo a seguir ao parto para estar com o seu bebé, ou no caso de não ter sido possível foi-lhe explicado o porquê?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**2.1. Em que medida concorda ou discorda com a seguinte afirmação:**

*“O meu parto teve um efeito positivo sobre a minha auto-estima.”*

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**2.2. Qual pensa ter sido o contributo do acompanhamento realizado pelos Profissionais de Saúde para que tenha a opinião anteriormente dada?**

Nenhum	Pouco	Nem muito nem pouco	Bastante	Muito

**3. Em que medida está satisfeita ou insatisfeita com o acompanhamento que recebeu dos profissionais de saúde durante o parto?**

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita

### Grupo C - Acompanhamento do pós-parto imediato

*Nesta secção questionamos a sua opinião relativamente ao acompanhamento que tem sido prestado pelos Profissionais de Saúde desde o nascimento do seu filho (a). Por favor, em cada questão, responda assinalando com uma X a opção que lhe parecer mais correcta. Use para o efeito a escala que lhe vai sendo proposta.*

**1.** Pensando no acompanhamento da que tem sido realizado pelos Profissionais de Saúde desde o nascimento do seu filho (a), em que medida concorda ou discorda que:

**1.1.** Tem havido uma atenção tanto para com o seu bem-estar físico como também para com o seu bem-estar psicológico?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.2.** Têm-lhe sido dados conselhos e ensinados cuidados a ter com o seu bebé como também para o cuidado a ter consigo própria?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.3.** Encorajaram-na a participar nos cuidados do bebé, aceitando os seus receios e valorizando as suas habilidades?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.4.** Têm incentivado o seu companheiro a participar nos cuidados ao vosso bebé?

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.5. Têm-se preocupado em saber as condições e o apoio que terá ou não no regresso a casa?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.6. Quando tem a necessidade de o fazer, sente confiança para falar dos seus sentimentos e de tudo aquilo que a preocupa em relação ao seu novo papel de mãe?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.7. Sente que as suas queixas e dúvidas têm sido sempre valorizadas e nunca julgadas?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.8. Têm-lhe sido dadas sempre informações/orientações simples e claras, tendo em conta as suas necessidades e valores pessoais?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.9. Tem havido sempre disponibilidade para a escutarem?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.10. Tem havido sempre tempo para a escutarem?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

**1.11. Sente que lhe tem sido dado todo o apoio que necessita?**

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

2.1. Em que medida concorda ou discorda com a seguinte afirmação:

*“Ser mãe está a ter um efeito positivo sobre a minha auto-estima”.*

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

2.2. Qual pensa ter sido o contributo do acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde para que tenha a opinião anteriormente dada?

Nenhum	Pouco	Nem muito nem pouco	Bastante	Muito

3. Em que medida está satisfeita ou insatisfeita com o acompanhamento que tem recebido dos profissionais de saúde neste período após o parto?

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita

**Obrigado pela sua colaboração.**

## **Anexo II**

### **ESCALA DE BONDING**

(Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005)

Apresentamos alguns adjectivos que podem descrever o modo como se sente neste momento em relação ao seu (ua) filho(a). Assinale, com uma **X**, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sente neste momento.

	<b>MUITO</b>	<b>BASTANTE</b>	<b>UM POUCO</b>	<b>DE MODO NENHUM</b>
<b>Afectuoso</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Desiludido</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neutro, sem sentimentos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Possessivo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ressentido</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Desgostoso</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Protector</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alegre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Agressivo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Receoso</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zangado</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Triste</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### Anexo III

## RSES

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Anexo IV**



Assunto: Pedido de colaboração em Dissertação de Mestrado, através da autorização de aplicação de um questionário.

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do HPP de Cascais Dr. José Almeida.

O meu nome é Isabel Lopes Lourenço, e sou aluna do último ano do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade de Évora. Encontro-me neste momento a elaborar a dissertação de mestrado sob a orientação do Prof. Doutor Vítor Franco.

A minha investigação intitula-se: *Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a auto-estima e vinculação mãe-bebé*. O objectivo geral deste estudo é verificar o impacto do acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto imediato na auto-estima de mães primíparas e na vinculação mãe-bebé.

Para a prossecução dos meus objectivos, venho por este meio solicitar a autorização para aplicar um questionário às puérperas internadas na instituição que V. EX.<sup>a</sup> dirige.

O questionário será conduzido numa base estritamente confidencial e anónima. As conclusões finais da investigação serão facultadas à instituição, logo que o trabalho seja avaliado.

Ciente de que compreenderão a importância que a V/ resposta terá para efectivação da investigação que me propus efectuar, espero da parte de V. EX.<sup>a</sup> o melhor acolhimento a este meu pedido.

Junto envio uma cópia do questionário em questão.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a atenção dispensada e brevidade de resposta, com os respeitosos cumprimentos,

Isabel Lourenço

Contactos da responsável pela investigação:

e-mail: [ilopeslourenco@hotmail.com](mailto:ilopeslourenco@hotmail.com)

## **Anexo V**



### **Departamento de Psicologia**

### **Declaração de Consentimento Informado**

Pelo presente, consinto que os dados deste questionário sejam utilizados exclusivamente para este estudo de investigação e de modo confidencial. Compreendo a finalidade do estudo e que sou livre de não participar, não sendo por isso prejudicada em nenhum aspecto.

Assinatura da Mãe:

Data : \_\_/\_\_/2011

**Nota: Esta folha será guardada num local só acessível ao investigador e destruída no final do estudo.**