

Sara Manuela Airosa da Silva

Vinculação Materna durante e após a Gravidez:
Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde

Porto, 2012

Sara Manuela Airosa da Silva

Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade,
Depressão, Stress e Suporte Social

(Sara Manuela Airosa da Silva)

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Isabel Silva

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área
de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde.

Porto, 2012

Resumo

Este estudo pretende contribuir para a identificação de indicadores psicopatológicos, como sintomas de ansiedade, depressão e stress que possam interferir na vinculação mãe/bebé estabelecida, durante o período pré e pós-natal. Assim, na presente investigação pretende-se avaliar a associação entre suporte social e a sintomatologia depressiva, ansiosa e stress, além da vinculação estabelecida entre mãe e bebé. Pretende-se, igualmente, comparar o grupo de mães grávidas com o outro grupo de pós-parto, relativamente à vinculação materna estabelecida.

Participaram neste estudo 100 mulheres, das quais 50 se encontram no período gestacional, entre as 5 e 39 semanas e as restantes na fase do pós-parto, entre 1 e 12 meses. A faixa etária das mães está compreendida entre os 19 e os 42 anos ($M=29,04$; $DP=5,145$), relativamente ao estado civil, 78% da amostra é casada ou vive em união de facto. A avaliação das dimensões em análise foi efectuada através da administração dos seguintes instrumentos: Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos, a Escala de Vinculação Pré-natal e Pós-natal, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Os dados permitiram verificar que o suporte social está negativamente relacionado com a ansiedade, depressão e stress e positivamente relacionado com a vinculação materna. Também se constatou existir uma associação negativa entre ansiedade, depressão e stress, e a vinculação mãe-bebé. Observou-se, igualmente, que as gestantes apresentam maior vinculação materna, do que as mães que se encontram na fase do pós-parto.

A partir desta investigação é possível verificar, que a presença de suporte social está relacionada com menores sintomas de ansiedade, depressão e stress, assim como maior vinculação materna. Foi igualmente constado que maiores sintomas de ansiedade, depressão e stress se associam a menor vinculação materna. Existe uma associação entre antecedentes de perturbação de depressão e o indicador de stress, por outro lado, a história prévia de ansiedade está relacionada com todos os indicadores psicopatológicos. Perante os resultados encontrados nesta investigação, é possível reflectir sobre os seus contributos para a comunidade e para a intervenção ao nível preventivo e terapêutico, contribuindo para a promoção do bem-estar da mãe e bebé.

Palavras-chave: Gravidez e Maternidade; Vinculação Materna; Psicopatologia; Suporte Social

Abstract

The present study aims to contribute to the association between social support and depressive symptoms, anxiety, stress and the linkage established between mother and baby during the pre and postnatal. Therefore, this study aims to assess the association between social support and depressive symptoms, anxiety and stress, besides the established link between mother and baby. It is also intended to compare the group of pregnant mothers with the other group of postpartum maternal bonding.

100 women participated in this study, 50 of which are pregnant, between 5 and 39 weeks and the remainder are in the postpartum phase, between 1 and 12 months. The age of the mothers is between 19 and 42 years ($M = 29.04$). In terms of the marital status, 78% of the women's are married or living in union of fact. The evaluation of the dimensions in the analysis was carried out through the administration of the following instruments: Questionnaire of Socio-Demographic and Clinical data, Pre-natal and Post-natal care scale, the Scale of Anxiety, Depression and Stress and a Satisfaction with the Social Support scale.

The data allowed us to verify that an increased social support could mean lower rates of anxiety, depression, stress and more maternal bonding. An association between major indicators of anxiety, depression, stress and reduced mother-baby bonding were also examined. It was also observed that pregnant women have a higher maternal bonding, than mothers who are at the stage of post-partum.

Based on this research it is possible to verify, that the presence of social support is related minor symptoms of anxiety, depression and stress, as well as a higher maternal attachment. Was equally feature that higher symptoms of anxiety, depression and stress are associated with lower maternal attachment. There is an association between a history of depressive disorder and stress indicator and on the other hand, the history of anxiety is associated with all psychopathological indicators. Given the results found in this research, it is possible to reflect on their contributions to the community and intervention at the preventive and therapeutic levels, helping to promote the welfare of mother and baby.

Keywords: Pregnancy & Parenting, Maternal Bonding, Psychopathology, Social Support

Agradecimentos

À Universidade Fernando Pessoa, pelos cinco anos de formação exemplar, de rigor e profissionalismo que me foram transmitidos, potenciando o meu desenvolvimento pessoal e profissional e pela oportunidade da concretização deste trabalho de investigação.

A todos os Professores, obrigado pelos ensinamentos, formação e exemplos de vida.

À Prof.^a Dr.^a Isabel Silva, minha orientadora, o meu agradecimento pelos ensinamentos, orientação, dedicação, disponibilidade, exigência e compreensão.

À Dr.^a Himali Bachu que me acolheu na Unidade Maternidade Júlio Dinis, como minha orientadora de estágio curricular, que não só incrementou o meu interesse pela Psicologia da Gravidez e da Maternidade, como me apoio ao longo dessa caminhada.

Ao Dr^o Pais Ribeiro, Dr^a Rita Gomez, Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa e Direcção do Centro de Saúde de Rio Tinto – Gondomar, agradeço a autorização concedida para que esta investigação acontecesse.

Agradecimentos Especiais

Aos meus avós pela Sabedoria e Recordações

Aos meus pais pela Vida e Amor incondicional

Aos meus irmãos pela Paciência e Protecção

À minha sobrinha pela Alegria e Adoração

Ao meu namorado pelo Amor e Partilha

Às minhas amigas pela Amizade e Confidências

Aos meus colegas pela Colaboração

O meu agradecimento estende-se, igualmente, a todas as grávidas e mães que voluntariamente participaram neste estudo e assim, com a sua quota-parte permitiram a sua elaboração.

“É condensar o mundo num só grito e é amar-te assim perdidamente” (Florbela Espanca)

Dedicatória

Dedico esta investigação a toda a minha família, mas em particular, ao meu avô Adérito, que estará sempre comigo nos momentos mais importantes da minha vida....

Índice Geral

	Página
Resumo	i
<i>Abstract</i>	ii
Agradecimentos	iii
Dedicatória	iv
Introdução	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
Capítulo 1 – A Gravidez e a Maternidade	3
1.1. Factores que Influenciam a Gravidez e o Puerpério	5
1.1.1. Factores Fisiológicos (Obstétricos)	5
1.1.2. Factores Psicológicos	7
1.1.2.1. Adaptação à Maternidade	8
1.1.3. Factores Sociológicos	11
Capítulo 2 – Vinculação Materna	14
2.1. Construção da Vinculação	14
2.2. Factores que Influenciam a Vinculação	20
2.3. Estudos sobre Tempo Gestacional e Vinculação Materna	22
Capítulo 3 – Indicadores Psicopatológico	24
3.1. Ansiedade	24
3.1.1. Definição e Sintomatologia	24
3.1.2. Factores (de risco) relacionados com a Ansiedade Materna	27
3.1.3. Quais as Implicações da Ansiedade Materna?	28
3.2. Depressão	29
3.2.1. Definição e Sintomatologia	29
3.2.2. Factores (de risco) associados à Depressão Materna	32
3.2.3. Quais as implicações da Depressão Materna?	35
3.3. Stress	39
3.3.1. Definição e Principais Modelos	39
3.3.2. Stress, Gravidez e Maternidade	41
3.3.3. Quais as implicações do stress durante o período gravídico-puerperal?	44

Capítulo 4 – Suporte Social	47
4.1. Definição e Principais Modelos Teóricos sobre Suporte Social	47
4.2. Suporte Social associado à Gravidez e Maternidade	49
4.3. Benefícios do Suporte Social na Gravidez e Maternidade	50
4.4. Estudos no âmbito do Suporte Social no contexto da Gravidez e Maternidade	52
PARTE II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO	
Capítulo 5 – Estudo Exploratório	55
5.1 – Justificação do Estudo	55
5.2 – Desenho da Investigação	55
5.3 – Questões de Investigação e Objectivos do Estudo	56
5.4 – Método	58
5.4.1 – Participantes	58
5.4.2 – Material	59
5.4.3 – Procedimento	63
Capítulo 6 – Resultados	65
6.1 – Apresentação Estatística dos Resultados	65
Capítulo 7 – Discussão	74
Conclusão	85
Referências	87
Anexos	

Índice de Quadros

	Página
Quadro 1. Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério	9
Quadro 2. Fases de desenvolvimento da vinculação	19
Quadro 3. Tipos de Suporte Social	48
Quadro 4. Teste t para diferenças nos dois grupos de mães em função da vinculação	65
Quadro 5. <i>Mann-Whitney Test</i> para diferenças nos indicadores de ansiedade, depressão e stress em função da história prévia de depressão	67
Quadro 6. <i>Mann-Whitney Test</i> para diferenças nos indicadores de ansiedade, depressão e stress em função da história prévia de ansiedade	68
Quadro 7. Correlações entre o suporte social e os indicadores de ansiedade, depressão e stress	71
Quadro 8. Correlações entre o suporte social, indicadores de ADS e vinculação materna	73

Índice de Figuras

	Página
Figura 1. Efeitos da depressão materna na interacção mãe-bebé	36
Figura 2. Stress Benéfico e Prejudicial	41
Figura 3. Modelo ABC-X	42
Figura 4. Relação entre as variáveis em estudo	57
Figura 5. Principais resultados obtidos desta investigação perante o total da amostra	81
Figura 6. Principais resultados obtidos desta investigação perante o grupo pré-natal	82
Figura 7. Principais resultados obtidos desta investigação perante o grupo pós-natal	82

Anexos

Anexo A. Pedidos de autorização aos autores dos instrumentos

Anexo B. Pedido de autorização à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo C. Pedido de autorização ao Centro de Saúde de Rio Tinto - Gondomar

Anexo D. Folha de Rosto e Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

Anexo E. Escala de Vinculação Pré-Natal

Anexo F. Escala de Vinculação Pós-Natal

Anexo G. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Anexo H. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Anexo I. Consentimento Informado

Introdução

Diz a voz popular que mãe há só uma. Por isso, será talvez importante a sua compreensão numa perspectiva biológica, psicológica, social e cultural, implicando o reconhecimento da gravidez e da maternidade enquanto períodos de crise e de mudança, em que múltiplas alterações, obrigam a mulher a uma sequência de ajustamentos e a uma enorme flexibilidade e competência para lidar com as perdas que lhes estão inerentes (Paiva, Galvão, Pagliuca & Almeida, 2010).

A maternidade pode colocar a mulher em risco de desenvolver psicopatologia. Muitos são os factores que influenciam o aparecimento de dificuldades psicológicas na gravidez e no pós-parto, em particular perturbações de ansiedade, depressão e stress (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005). Esta vulnerabilidade psicológica da mulher poderá diminuir o vínculo estabelecido com o bebé (Condon & Corkindale, 1997), sendo este processo crescente desde o início da gravidez e amadurecido através do contacto durante o período neonatal (Burroughs, 1995). Este vínculo permite a criação de um compromisso emocional que leva a mulher a procurar satisfazer as necessidades do filho, desde alimentação ao carinho e conforto (Maçola, Vale & Carmona, 2010).

Tendo-se verificado esta associação entre ansiedade, depressão, stress e a vinculação materna, torna-se importante incluir nesta investigação o suporte social, procurando compreender o papel que este pode assumir nesta transição para a parentalidade. Segundo Coutinho, Baptista e Morais (2002), um adequado suporte social nos períodos de gravidez e pós-parto, favorece um maior controlo do ambiente e autonomia, fornecendo esperança, apoio e protecção à mulher. Esta investigação pretende contribuir para a identificação de indicadores psicopatológicos, como a ansiedade, depressão e stress, que possam interferir no vínculo materno durante o período pré e pós-natal, tentando perceber, que ligação poderá assumir o suporte social na vinculação materna estabelecida e no bem-estar psicológico da mulher.

Esta dissertação está organizada em duas partes: o enquadramento teórico e o estudo exploratório. A primeira parte – enquadramento teórico – apresenta a revisão bibliográfica efectuada para esta investigação. O primeiro capítulo, intitulado A Gravidez e a Maternidade, é dedicado aos factores fisiológicos (obstétricos), psicológicos e sociológicos que influenciam este período. O segundo capítulo, intitulado Vinculação Materna, debruça-se sobre a construção da vinculação, os factores que a influenciam e estudos sobre o vínculo materno. O terceiro capítulo, denominado Indicadores Psicopatológicos, aborda a ansiedade, depressão e stress. Após uma breve referência à sua definição e sintomatologia, faz-se o enquadramento

aos factores (de risco) relacionados e as respectivas implicações para cada um destes indicadores. O quarto capítulo, intitulado Suporte Social, inicia-se com uma breve definição e principais modelos explicativos. Segue-se a sua associação com a gravidez e a maternidade, passando para os benefícios do suporte social e alguns estudos realizados neste contexto materno-infantil.

A segunda parte da dissertação refere-se ao enquadramento prático, na qual se insere o estudo exploratório, onde consta todo o método adoptado na realização desta investigação, a caracterização dos participantes do estudo, os instrumentos utilizados para a sua avaliação, o procedimento seguido, e por fim a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 – A Gravidez e a Maternidade

*A maternidade “requer que mais
do que desejar ter um filho
se deseje ser mãe”
(Isabel Leal, 1990, p.365).*

Antes de iniciar este capítulo torna-se importante realizar uma distinção entre o Feminino e o Materno, visto que se assumem como duas palavras distintas, mas que se cruzam entre si, acabando por se confundir. Ao longo da história considerou-se ser necessário reprimir o feminino para salvaguardar o materno, assegurando assim, o controlo da maternidade (Botelho & Leal, 2007).

No entanto, segundo Matos, Leal e Ribeiro (2000), estes termos alcançam identidades diferentes, já que a dimensão feminina está associada a actividades e desempenhos que, na prática, traduzem a capacidade de afirmação pessoal e social, como o investimento em si própria, no desenvolvimento das suas capacidades e realização pessoal, nomeadamente nos aspectos intelectual e profissional, na auto-imagem, na sexualidade, no corpo, na gravidez, entre outros.

À dimensão materna correspondem investimentos centrados no outro, no seu desenvolvimento e realização - ao nível físico, social, emocional, afectivo, intelectual - cujo objectivo primordial se centra na contenção e promoção das suas próprias necessidades e desejos (Matos et al., 2000).

Na sociedade actual, a maternidade afigura-se como um processo de vida e um investimento experiencial e formativo que em muito se distânciava do papel da mãe de algumas décadas atrás. Actualmente, as experiências relativas à maternidade são um reflexo vivo das diferentes trajectórias percorridas pelas mães tendo em vista a saúde das suas crianças, devendo esta ser entendida como essencial à existência ou como um modo de estar na vida revelado pelos seus comportamentos e hábitos (Gonçalves, 2008).

De um modo geral, pensa-se na gravidez e na maternidade como acontecimentos de vida. O “está grávida” ou “já foi mãe”, são expressões utilizadas frequentemente, mas que apenas remetem para o ponto de partida de ambos os percursos.

O período compreendido entre a gravidez e a maternidade tem sido cada vez mais alvo de investigação por parte da comunidade científica, assumido como uma fase de transição,

que envolve mudança aos níveis hormonal, físico, psicológico, familiar e social, desencadeando reajustamentos e reestruturações na vida dos indivíduos (Bayle, 2006; Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004). Assim, esta fase torna-se exigente em termos dos mecanismos de defesa necessários para uma melhor adaptação à mudança. O modo como todas estas mudanças são integradas, elaboradas e vivenciadas relaciona-se directamente com a estrutura de personalidade da mulher, suporte conjugal, familiar e social, desejo e significado da gravidez, e projecto de maternidade (Leal, 2005b).

Entende-se a gravidez como um processo ocorrido no período de 40 semanas que medeia entre a concepção e o parto. A maternidade, porém, ultrapassa a gravidez, assumindo-se como um projecto a longo prazo que requer prestação de cuidados, iniciativas, actuações, responsabilidades, amor e afecto que possibilite um desenvolvimento sadio e harmonioso ao recém-nascido (Leal, 2005a).

Na maternidade, a crise é visionada como uma fase de desenvolvimento, uma vez que leva à adopção de novos papéis e responsabilidades, envolvendo uma significativa quantidade de stress quer para o casal, quer para a família em geral (Brigido, 2010), pelo facto, dos distúrbios psicopatológicos do puerpério aparecerem quando a família não consegue lidar de forma satisfatória com as modificações introduzidas pelo nascimento de um novo elemento (Figueiredo, 2000).

Porém, ambas envolvem mudanças importantes na vida da mulher, as quais exigem adaptações sucessivas e a longo prazo. Como qualquer outra crise de desenvolvimento, a gravidez e a maternidade podem desequilibrar o ciclo de vida do indivíduo, sendo que, de acordo com a forma como a crise será vivenciada, tal desequilíbrio poderá ser maior ou menor (Paiva, Galvão, Pagliuca & Almeida, 2010).

Segundo Ferreira (2009), os sujeitos numa fase de transição podem tornar-se mais vulneráveis pelo facto de não compreenderem o carácter temporário da crise, o que vai depender, muitas vezes, de determinados factores externos e internos ao indivíduo e do próprio tipo da transição.

Para Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacker (2000), esta adaptação vai depender de determinados factores, dos quais salientam as tendências culturais e sociais, as alterações corporais, as expectativas e grau de desejo relativos à gravidez, a segurança, o apoio emocional e situação financeira, podendo tornar-se num processo de stress mais ou menos moderado.

A maternidade surge, assim, como um momento que possibilita à mulher refazer as suas próprias representações do que é ser mãe, bem como reviver as próprias experiências enquanto filha, colocando em evidência os seus medos, anseios, e, conseqüentemente,

redefinindo os seus valores, auto-estima e identidade. Tais representações, adquiridas culturalmente, constituem, durante a gestação, uma imagem idealizada sobre o que é ser mãe e o que é ter um filho e, após o parto, passam a fazer parte de uma realidade concreta (Souza & Ferreira, 2005).

1.1. Factores que Influenciam a Gravidez e o Puerpério

1.1.1. Factores Fisiológicos (Obstétricos)

A gestação é um acontecimento fisiológico normal que acarreta várias modificações no organismo materno, que começam na primeira semana de gestação e continuam durante todo o período gestacional. Nele, o corpo da mulher é constante e intensamente sensibilizado, o que traduz uma série de desconfortos, expressa por muitos sinais e sintomas, que variam, dependendo da tolerância de cada mulher, ao nível do desconforto e da intensidade com que eles se manifestam (Costa et al., 2010; Oliveira, França, Freire & Oliveira, 2010).

Estas modificações sofridas no corpo feminino ocorrem em reacção ao feto e à enorme alteração hormonal da gravidez, responsáveis pelas adaptações do organismo à sua nova condição. Essas alterações afectam praticamente todo o corpo, caracterizando, principalmente, alterações dos sistemas cardiorrespiratório, músculo-esquelético e do metabolismo geral. As mudanças não se restringem aos órgãos, atingindo também a mecânica do corpo feminino, tais como alterações do centro de gravidade, da postura e do equilíbrio (Costa & Assis, 2010).

De todas essas modificações resultam sinais e sintomas, de expressão e intensidade variáveis, que, no seu conjunto, constituem as chamadas manifestações somáticas da gravidez. Estas manifestações têm, tendencialmente, uma distribuição temporal própria, sendo que o quadro sintomático associado à gestação apresenta aspectos característicos de cada trimestre, que se descreve de seguida:

Primeiro trimestre - o cansaço fácil, a fadiga, o sono intenso e habitualmente sintomas, como enjoos e vômitos dando conta da ambivalência entre o desejo e o receio em relação à gravidez (Brito, 2009).

Segundo trimestre – o aumento do volume sanguíneo e do leito vascular pode provocar cefaleias e lipotimias. Ao nível do sistema digestivo, a diminuição habitual do peristaltismo, provocado essencialmente pela pressão do útero sobre o recto, é responsável pelos problemas de obstipação. A fadiga e o cansaço fácil mantêm-se e a grávida tem necessidades de repouso e de sono significativamente superiores. As câibras, que se tornam também frequentes, podem

ser originadas pela diminuição do cálcio circulante, mobilizado para o crescimento do feto (Portelinha, 2003).

Terceiro trimestre - o crescimento do útero é, nesta fase, o factor que justifica a maioria dos desconfortos. No final da gestação, o corpo uterino aproxima-se do apêndice xifóide, comprimindo o estômago (provocando o enfartamento), o diafragma (causando dificuldade respiratória), a bexiga e o cólon (agravando a obstipação). As contracções uterinas preparatórias para as do trabalho de parto vão-se tornando frequentes (Assumpção, 2008).

Um outro factor que poderá ocorrer na gestação está associado a ajustes fisiológicos e anatómicos que acarretam acentuadas mudanças no organismo materno, inúmeras alterações hormonais, com o aumento da produção de estrogénio e progesterona, que são produzidas no corpo lúteo e, mais tarde, na placenta. Cada hormona desempenha uma função específica. Enquanto o estrogénio tem efeitos mais profundos no corpo da mulher, pois estimula o desenvolvimento uterino para acolher o feto, a progesterona mantém o endométrio e impede as contracções uterinas, evitando assim um parto prematuro ou um aborto (Lederman, 1984).

Um último factor a mencionar relativamente a estas alterações, refere-se ao volume plasmático que se eleva progressivamente a partir da sexta semana de gestação, aumentando cerca de 50% durante todo o período gestacional. Este aumento é necessário para proteger mãe e feto dos efeitos deletérios da queda do débito cardíaco quando a mulher está na posição supina (corpo deitado com a face voltada para cima), que é mais acentuado no último trimestre; e principalmente, para resguardar a mãe dos efeitos adversos das perdas sanguíneas associadas ao parto e puerpério (Rombaldi et al., 2008; Souza, Filho & Ferreira, 2002).

O puerpério é definido como o período de seis a oito semanas após o parto, espaço de tempo em que ocorre uma regressão das mudanças anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez, sendo que essas alterações acontecem ao nível de vários órgãos e sistemas do corpo da mulher (Santiago, 2009). No puerpério, a mulher passa por intensas modificações de adaptação psico-orgânicas, no qual ocorre o processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e ocorrência de intensas alterações emocionais (Strapasson & Nedel, 2010).

O pós-parto pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes, tais como: euforia e alívio; aumento da autoconfiança associado à experiência do parto e ao nascimento do filho saudável; desconforto físico – inerente ao tipo de parto; medo de não conseguir amamentar – ansiedade quando o leite demora a aparecer; medo de não ser capaz de cuidar e responder às necessidades do bebé e não ser uma boa mãe (Strapasson & Nedel, 2010).

1.1.2. Factores Psicológicos

Quando uma criança é concebida, pode existir na mãe e no pai uma organização de fantasias ou de expectativas ligadas à concepção e ao desenvolvimento da criança. Expectativas relacionadas com as preocupações como a gravidez, a escolha de nomes, a preferência do sexo, as expectativas sobre futuras características físicas, perspectivas de profissão e evolução social, entre outras. Isto ocorre tanto na gravidez planeada, como na acidental (Rappaport, Fiori & Herzberg, 1981).

Estes pontos indicam que, se do ponto de vista biológico, a gravidez começa com a concepção, do ponto de vista psicológico há uma história do pai e da mãe, dentro da qual já estão reservados padrões de relacionamento a serem estabelecidos com a vinda da criança (Rappaport et al., 1981). O risco psicológico apela ao plano das vivências da gravidez em termos internos (desejos, fantasias, integração em projecto de maternidade) (Leal, 2005b) e nelas estão incluídas as sensações e percepções vividas pela mulher (Colman & Colman, 1994). Em relação à parte emocional a ambivalência afectiva, medo, tensão e ansiedade são alguns dos sentimentos característicos ao longo da gravidez (Barros, 2004).

Desta forma, para a mulher, a maternidade consiste numa experiência significativa e com um elevado valor afectivo. Sentir-se confiante e segura no seu papel e poder realizá-lo com sentimentos de prazer e sucesso, ajuda na sua própria auto-estima e bem-estar emocional. Trata-se, porém, de uma tarefa complexa do ponto de vista psicológico, carregada de conflitos e angústias, que convivem com as alegrias e gratificações associadas à maternidade (Felice, 2006).

Ao assumir esse papel, a mulher defronta-se com uma complexidade de sentimentos, tendo de lidar com emoções variadas no longo percurso pela maternidade. No entanto, reunir emoções tão diversas dentro de si de forma saudável nem sempre é uma tarefa psiquicamente fácil e tranquila para a mulher, podendo resultar em mudanças emocionais e de ajustamento interpessoal para a mãe (Felice, 2006). Kumar, Robson e Smith (1984) defendem que a análise da auto-imagem e estado psicológico da mulher durante a gravidez poderá fornecer dados sobre a natureza e gravidade de problemas físicos e psiquiátricos no pós-parto.

Neste contexto, pais e mães parecem apresentar diferentes trajetórias na adaptação à parentalidade. A mulher experimenta maior perturbação com os seus novos papéis, nomeadamente pelas mudanças que ocorrem a vários níveis, como no sono, tempos livres, relacionamento sexual, tempo com os amigos e, sobretudo, com o companheiro, que são geralmente mudanças mais intensas do que nos homens (Ramos & Canavarro, 2007).

Devido às diferentes reorganizações que ocorrem na vida de pais e mães, os estudos realizados têm sugerido que os pais relatam menores níveis de stress do que as mães (Levy-

Shiff, 1999). Também Miller e Sollie (1980) verificaram que o nascimento de um filho está associado a um aumento do stress para os progenitores, salientando porém que esse stress é sempre superior para as mães do que para os pais.

Segundo considerações de Felice (2000), a identificação com a figura materna e a plena aceitação do papel materno, podem entrar em conflito com aspectos narcísicos da mulher, desde logo, as mudanças corporais devidas à gravidez, parto e amamentação, podem entrar em conflito com o desejo da mulher em preservar o corpo como objecto de atracção, desencadeando preocupações como: alteração do esquema corporal, receio de não conseguir recuperar a antiga forma, ou que possa ficar modificada como pessoa, num sentido mais profundo. Esta alteração na imagem corporal, assume parte integrante de uma alteração global e contínua do funcionamento orgânico da mulher (Barros, 2004).

As modificações atrás mencionadas verificam-se durante a gestação, devido ao crescimento e desenvolvimento do útero, que provocam mudanças na forma e no tamanho, ocasionando alterações na estética da mulher. A alteração do peso adquirido ao longo da gestação dependerá dos tecidos afectados a cada trimestre. Assim, no primeiro e segundo trimestre o volume sanguíneo e abdominal são predominantes, ao passo que, a partir do terceiro trimestre, o feto e o volume do líquido amniótico prevalecem. Um outro ponto a considerar são as alterações fisiológicas, como retenção de água nos ligamentos e articulações que podem ter alguma importância na alteração da postura (Gazaneo & Oliveira, 1998).

1.1.2.1. Adaptação à Maternidade

Para Canavarro (2006), o projecto adaptativo da maternidade, tem início com a gravidez. Do ponto de vista psicológico, permite a preparação para ser mãe, através do ensaio cognitivo de papéis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria.

Os nove meses do período de gestação favorecem a construção do projecto de maternidade e a sua consolidação, de forma progressiva. O primeiro passo para a adaptação ao papel de mãe é aceitar a ideia da gravidez e assimilar este estado no estilo de vida da mulher. O grau de aceitação reflecte-se na preparação da mulher para a gravidez e nas suas respostas emocionais (Lederman, 1984).

Para Justo, Bacelar-Nicolau e Dias (1999), o desenvolvimento psicológico ao longo da gravidez pode ser conceptualizado através de uma sequência de três fases, em que cada uma traz consigo tarefas psicológicas a concretizar, e que são irreversíveis. Estas fases

correspondem, de modo aproximado, aos três trimestres de gestação e dizem respeito tanto às alterações de comportamento, como às alterações psicossomáticas próprias da gravidez.

Durante a primeira fase - integração - a mulher deve aceitar que está grávida, ultrapassando a ambivalência entre o desejo e o receio da gravidez. Tende a regressar mentalmente à infância e a reorganizar a relação com a sua própria mãe. Na fase seguinte - diferenciação - começa a sentir os primeiros movimentos do feto e a senti-lo como um ser autónomo. Neste momento, a relação que tende a ser reequacionada é com o companheiro, procurando avaliar as suas características como futuro pai. Finalmente, na fase de separação, a mulher antecipa o parto, o processo pelo qual se desligará da gravidez e começa a reflectir sobre a relação que irá criar com a criança, que já estabelece com ela alguma comunicação (Campos, 2000; Justo, Bacelar-Nicolau & Dias, 1999).

Embora estabelecendo que a relação entre tempo cronológico e tarefa desenvolvimental não é linear, Canavarro (2001) apresenta um esquema ilustrativo (quadro 1) das tarefas de desenvolvimento que caracterizam cada fase da gravidez e maternidade:

Quadro 1

Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério (adaptado de Canavarro, 2001)

		Tarefas de Desenvolvimento	
Gravidez	1º Trimestre	Tarefa 1: aceitar a gravidez	Reavaliar e reestruturar: Tarefa 3: ...a relação com os pais Tarefa 4: ...a relação com o cônjuge/companheiro Tarefa 6: ...a sua própria identidade Tarefa 7: ...a relação com o(s) outro(s) filho(s)
	2º Trimestre	Tarefa 2: aceitar a realidade do feto	
	3º Trimestre	Tarefa 5: aceitar o bebé como pessoa separada	
Puerpério (aproximadamente 6 semanas após o parto)			

Descrevendo, sucintamente, este processo de evolução e de complementaridade, desde a gravidez até ao puerpério, os primeiros três meses de gestação são caracterizados por uma atitude ambivalente da mulher, entre o desejo e o receio da gravidez. Neste sentido, a primeira tarefa consiste em **aceitar a gravidez**, visto que, independentemente do desejo de engravidar, o reconhecimento de que a concepção aconteceu gera na mulher sentimentos de ambivalência

em relação à viabilidade da própria gravidez, à aceitação do feto, em relação às mudanças associadas ao seu novo estado e, ainda, à própria maternidade (Brazelton & Cramer, 2001; Canavarro, 2001).

Nestes primeiros meses, também tem início o processo de identificação materna, em que a grávida procura referências nos modelos maternos mais próximos, no sentido de se preparar a si própria e à família, para a chegada do bebé. Inscreve-se, deste modo, o processo de aceitação e integração da gravidez, essencial para a progressão psicológica da mulher (Brazelton & Cramer, 2001; Canavarro, 2001).

A tarefa seguinte, que acontece no segundo trimestre da gravidez, consiste na diferenciação mãe-feto, que se traduz na **aceitação da realidade do feto** como um ser distinto da própria mulher. A aquisição desta representação cognitiva é fundamental para a ligação materno-fetal, a preparação para o nascimento e a separação da mãe e do bebé, no momento do parto. Outro componente significativo deste processo psíquico da mulher grávida, durante o decorrente trimestre, diz respeito à **reavaliação do relacionamento que teve com os seus pais** e, em particular, com a mãe durante a sua infância e adolescência. Estes aspectos caracterizam a terceira tarefa desenvolvimental da gravidez (Canavarro, 2001).

Com o decorrer da gravidez, já no início do terceiro trimestre, o casal prepara-se para integrar o novo elemento na sua relação, factor este que desencadeia a quarta tarefa do processo de gravidez, direccionada para a **reavaliação e reestruturação (da relação com o cônjuge/companheiro)** dos papéis e funções anteriormente realizadas pelo casal, com a necessidade de integração de novas responsabilidades, relacionadas com o cuidar e educar o filho. Torna-se importante que cada elemento do casal seja sensível às necessidades do outro, promovendo um bom suporte emocional (Canavarro, 2001).

O último trimestre da gravidez é considerado como o período de separação entre a mãe e o bebé, que culmina com o parto, permitindo a **aceitação do bebé como pessoa separada**, caracterizando a quinta tarefa desenvolvimental. Esta assume por um lado, ansiedade face ao desconhecido, para as primíparas (mães pela primeira vez) e para as múltiparas (mulheres que já têm filhos), como um momento fisicamente penoso. Mas por outro, surgem novamente sentimentos de ambivalência marcados pela vontade de ver o filho, terminar o período da gravidez e, em simultâneo, coexiste o desejo de a prolongar, para adiar o momento do parto e as novas exigências que o nascimento do bebé acarreta (Canavarro, 2001; Mota, 2011).

Após o parto, torna-se essencial integrar a nova identidade materna. Há uma necessidade de reavaliar as perdas e os ganhos que a maternidade introduziu e aceitar as mudanças envolvidas neste novo estágio, distinguindo-se num contexto de puerpério, a sexta tarefa desenvolvimental (Canavarro, 2001), que envolve a **reavaliação e estruturação da sua**

própria identidade, dizendo respeito à interiorização e adaptação do homem e da mulher a uma nova realidade – a de serem pais a tempo inteiro e para toda a vida. A interacção com a criança, o regresso ao trabalho e a relação entre o casal são factores que irão influenciar esta adaptação à parentalidade (Oliveira, 2008).

Cabe ainda referir que, no caso das mulheres múltiplas, surge a necessidade de **reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outros filho(s)**, sendo esta a sétima tarefa. Canavarro (2001) evidencia, a partir da revisão da literatura efectuada, que mulheres grávidas do segundo filho, mostram como preocupações básicas a capacidade para cuidar de duas crianças ao mesmo tempo, como reagir perante o comportamento do primeiro filho, com a chegada do irmão e a capacidade para amar os dois filhos de igual modo.

Diante de todas estas mudanças e vivências psíquicas, a experiência da gestação leva a uma exacerbação da sensibilidade da mulher, o que a torna também susceptível a vários distúrbios emocionais. Assim, a gravidez tanto pode desencadear uma crise emocional, como inaugurar um potencial de adaptação e resolução de conflitos até então desconhecido. A maneira como a mulher lida com todas estas mudanças durante o período gestacional e na maternidade irá manifestar-se em novas competências psicológicas e sociais, que poderão influenciar a relação futura com a criança (Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008).

1.1.3. Factores Sociológicos

A maternidade desenvolve-se habitualmente no contexto das famílias e do seu enquadramento social e cultural. Portanto, a atitude da mulher face à gravidez e a importância que lhe é atribuída dependem desse mesmo enquadramento (Nascimento, 2003).

O nascimento do projecto de bebé precede a sua própria concepção. Nele, os pais alimentam motivações conscientes e inconscientes como a eternidade do seu amor, o perpetuar da espécie, a longevidade da família, a veiculação de normas culturais e familiares, a história individual e intergeracional (Leal, 2005).

De acordo com Minuchin (1982), quando nasce o primeiro filho, um novo nível de formação familiar é atingido, e o subsistema conjugal deve-se diferenciar, para desempenhar as tarefas de cuidado e educação da criança, sem perder o apoio mútuo.

A família afigura-se como o primeiro grupo onde a criança vive e vai estruturar a sua personalidade. É a primeira instituição social que vai assegurar protecção, carinho, amor e responder de forma adequada às suas necessidades fundamentais, como a alimentação, o afecto, a protecção e a socialização. É um sistema que evolui e muda no espaço e no tempo.

Não é um sistema fechado, mas um sistema que possui fronteiras mais ou menos permeáveis e em interacção com outros sistemas familiares (Leal, 2005b).

No quadro da família mais alargada, a gravidez e a maternidade implicam a alteração, redefinição e reorganização de tarefas, papéis, estrutura e dinâmica relacional. Tal pode envolver um movimento de reaproximação com a família de origem, que facilita a revisão da relação da grávida com os pais, tanto no presente, como no passado (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2009).

Relvas e Lourenço (2001) referem que o bem-estar da grávida é influenciado pela qualidade dos seus relacionamentos com os elementos femininos da sua rede relacional, em particular com a própria mãe. Mostram igualmente que o suporte da família deve ser breve e transitório, para que pais e avós assumam os seus reais papéis na prestação de cuidados à criança. Para ultrapassar com sucesso esta tarefa desenvolvimental da maternidade, a grávida deve renegociar com os pais o nível de apoio e de autonomia de que necessita, já que um excesso de apoio pode prejudicar a estabilidade física e emocional da mulher com o filho recém-nascido.

Estas mudanças que ocorrem a nível familiar são consideráveis. A estrutura da nova família complexifica-se e o bebé constitui um novo elemento completamente dependente dos pais. Aliás, já antes do nascimento e entrada efectiva para o sistema familiar, o bebé constrói o seu espaço através do imaginário e fantasias dos pais, sendo que a transição para a parentalidade esperada e normativa implica consideráveis mudanças no sistema familiar e nas suas relações com o mundo exterior (Silva & Figueiredo, 2005).

Perante todo este quadro, podemos depreender que a carga física da gravidez, assim como os necessários ajustes emocionais, podem causar ansiedade, depressão e stress que, por sua vez, podem originar uma resposta psicológica positiva ou negativa, dependendo das alterações do corpo, da segurança emocional, das expectativas de apoio das pessoas próximas, da gravidez ser desejada e da situação financeira (Portelinha, 2003).

Em suma,

Conclui-se este capítulo com a ideia de que a gravidez constitui um desafio à adaptação da mulher enquanto pessoa, quer do ponto de vista físico e/ou psicossocial. Por um lado, no seu espaço intrapessoal, no qual se projectam as suas ansiedades e expectativas e, por outro, no interpessoal, onde se definem novas representações sociais, expectativas e atitudes. Assume-se, assim, um momento que se apresenta como uma crise evolutiva e de extrema vulnerabilidade (Mota, 2011).

Segundo Figueiredo (2001), a transição para a parentalidade é pautada pela mudança a diversos níveis, exigindo à futura mãe um ajustamento a uma variedade de transformações que ocorrem tanto no seu próprio corpo, como nas expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a gravidez e em torno do bebé, as quais implicarão uma obrigatória reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais. Levar a bom termo todas estas tarefas, dependerá de uma variedade de factores, que se podem agrupar em aspectos relativos ao indivíduo, ao bebé e ao meio (familiar, social e cultural).

Capítulo 2 – Vinculação Materna

*Vinculação “enquanto esboço da
futura relação mãe-filho”*

(Isabel Mendes, 2002, p.49).

A base primordial deste capítulo assenta na importância da atenção a dar à saúde mental da mulher e a sua relação com o desenvolvimento do vínculo mãe-filho. Este vínculo afectivo, é entendido como a formação de um compromisso emocional que leva a mãe a procurar satisfazer as necessidades do filho, desde alimentação e higiene ao carinho e conforto (Maçola, Vale & Carmona, 2010).

Segundo Burroughs (1995), o vínculo materno assume-se como um processo crescente que tem início antes da concepção, é fortalecido por acontecimentos significativos durante a gravidez e amadurece através do contacto mãe-filho durante o período neonatal. Por isso, se torna essencial abordar ao longo deste capítulo a interacção entre mãe-filho ao longo da gravidez e durante o puerpério, abordando não só o seu conceito, segundo diversos autores, mas também enquadrando a vinculação materna reflectindo sobre os factores que a influenciam e os benefícios que dela advenham.

Como ponto de partida, descreve-se a vinculação segundo a perspectiva de Bowlby. Bowlby (1988) descreve uma pulsão de vinculação primária, sem qualquer relação com a alimentação ou a libido e que se poderá dividir em três fases: a) pré-história da vinculação, onde o casal vai elaborar o desejo de criança; b) desenvolver da vinculação, através da forma como os pais se adaptam às diferentes fases da gravidez; c) a vinculação, que vai permitir a “tricotagem” relacional, através de uma adaptação mútua com o bebé a responder às fantasias parentais.

2.1. Construção da Vinculação

Cada vez mais a investigação vem mostrando interesse em compreender os processos através dos quais as pessoas estruturam, desenvolvem e mantêm laços afectivos ao longo do ciclo vital. Nessa perspectiva, encontra-se a teoria do apego, igualmente nomeada como teoria da vinculação, que assume uma concepção teórica do desenvolvimento sócio-emocional, que considera a existência de uma necessidade humana inata para formar laços afectivos íntimos com pessoas significativas (Schmidt & Argimon, 2009).

Essa propensão, no entanto, já estaria presente no neonato em forma embrionária e continuaria na infância, vida adulta e velhice. No período da infância, os vínculos são estabelecidos com os pais ou substitutos na procura de conforto, carinho e protecção. Na adolescência e vida adulta, esses laços persistem, sendo complementados por novos vínculos (Borsa, 2007; Schmidt & Argimon, 2009).

➤ **Período Pré-natal**

Na transição para a parentalidade, o casal depara-se com várias tarefas a realizar, que condicionam a sua adaptação, sendo a ligação ao feto uma delas, isto porque, desde o início da gravidez, se desencadeia a ligação dos pais ao filho em gestação, ou vinculação pré-natal (Samorinha, Figueiredo & Cruz, 2009).

Assumir a ideia de que a vinculação parental começa durante a gravidez não é recente. A investigação neste domínio tem demonstrado que a vinculação dos pais com o filho antes de nascer, permite aos progenitores a interiorização precoce do feto, através de imagens, expectativas, preocupações, diversas esperas e antecipações que dizem respeito à criança que vai nascer, incorporando-a no seio familiar, criando assim um modelo relacional que servirá como um importante precursor da relação da tríade pai-mãe-bebé após o nascimento (Galvão, et al., 2009; Mazet & Stoleru, 2003; Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer & Lopes, 2009; Righetti, Dell'Avanzo, Grigio & Nicolini, 2005).

É nesta linha que Klaus, Kennell e Klaus (2000) verificaram que, o planeamento da gravidez, aceitação da gravidez, consciencialização dos movimentos do feto, percepção do feto como uma pessoa separada, vivência do trabalho de parto, nascimento, ver o bebé, tocá-lo, cuidar dele e aceitar o bebé como uma pessoa individual na família, constituem factos importantes para a formação do vínculo.

Esta ideia é igualmente partilhada por John Condon (1993), que não deixa de mencionar que, ao longo do período gestacional, os progenitores adquirem habitualmente uma representação interna, crescentemente elaborada do feto. Esta é composta por uma mistura de fantasia e realidade, em que o feto assume um papel de projecção e segundo o qual se desenvolve o vínculo emocional.

Condon (1993), a partir da sua investigação, identificou duas dimensões distintas da vinculação emocional pré-natal: a qualidade da experiência afectiva com o feto e a quantidade ou intensidade da vinculação. A primeira refere-se às experiências de proximidade/distância, ternura/irritação, sentimentos positivos/negativos, possuir uma imagem mental clara/vaga do

bebé, concepção do feto como uma pessoa/coisa e reconhecimento de que o feto depende da mãe para o seu bem-estar. A segunda dimensão vai ao encontro da quantidade de tempo despendido pela mãe a interagir com o feto ou a pensar nele (Pollock & Percy, 1999; Righetti, Dell'Avanzo, Grigio & Nicolini, 2005).

Desta forma, descreve que, dos indicadores da presença e intensidade da vinculação progenitor-bebé, fazem parte: o desejo de ter conhecimento sobre o feto, o prazer na interação com o feto, o desejo de protegê-lo e ir ao encontro das suas necessidades. Estas características fazem parte de um todo relacional, a partir da experiência emocional e da manifestação comportamental do progenitor face ao feto (Condon, 1993).

Seguindo este pensamento, para Bayle (2006) e Sá (2004), a vinculação pré-natal é um processo contínuo que poderá influenciar o bem-estar psicológico e que se poderá repartir por vários períodos sensíveis, como: o anúncio da gravidez, a primeira ecografia obstétrica, a audição dos ruídos cardíacos fetais e da constatação dos primeiros movimentos fetais.

Para Marnie (1989), a vinculação pré-natal impõe que os progenitores reconheçam as capacidades que o bebé adquire à medida que se desenvolve, sendo que esta aproximação, que ocorre gradualmente, deve ter em consideração os sons, os sabores, as sensações e os movimentos que o bebé experimenta antes do nascimento, desencadeando assim um relacionamento para toda a vida. A autora menciona, ainda, que a relação mãe-filho é uma relação biológica, mas também condensada com repercussões emocionais, com ritmos próprios, onde podem surgir medos, angústias e sonhos.

Leifer (1977), a partir do seu estudo, descreveu o envolvimento que as mães têm com o feto e identificou diversos comportamentos de vinculação como: comunicar com o feto, atribuir-lhe um nome, posicionar-se de forma a que ela ou o companheiro possam observar os movimentos fetais, ou estimular o companheiro a conversar com o feto.

Sá (2004) considera que a vinculação nos seres humanos ocorre ao longo de todo o seu desenvolvimento, distinguido três etapas: vinculação pré-natal (durante a gravidez), vinculação perinatal (parto e pós-parto precoce) e vinculação pós-natal. A primeira, particularmente importante durante a gestação, será o resultado do que Lebovici (1987) designou de representações do bebé fantasmático e imaginário. O bebé fantasmático, fruto das fantasias infantis de identificação aos seus próprios pais e o bebé imaginário, que expressa a imaginação dos pais, a partir dos seus desejos.

Para Sá (2004), a vinculação perinatal é influenciada pelo trabalho de parto e o confronto com o bebé real, que podem ver, tocar e ouvir. Quanto mais gratificante e menos traumático é o parto, mais facilita a ligação mãe-bebé. A vinculação pós-natal estabelece-se

durante o puerpério e relaciona-se com a capacidade da mãe suprir as necessidades do seu filho e do feedback deste ser gratificante para ela.

O processo de vinculação pré-natal é responsabilidade dos pais e da capacidade que têm para se relacionar com um ser ainda não nascido, mas já presente. Para Brazelton (1994), existe uma interação entre mãe-bebé ao longo da gravidez, com adaptações mútuas aos estímulos produzidos por cada um, em que “os ritmos da mãe e do feto vão sendo entrelaçados juntos numa sincronia em que cada um vai conhecendo o outro” (p. 78).

De acordo com um estudo realizado por Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), a relação mãe-bebé começa no período pré-natal, altura em que os pais já constroem a noção de individualidade do bebé, reconhecendo alguns de seus comportamentos e características temperamentais. Assim, os autores sugerem que conhecer o bebé antes do nascimento, estar com ele, pensar sobre ele, imaginar as suas características, traz implicações para a construção da representação do bebé, da maternidade e para a posterior relação mãe-bebé.

➤ **Período Pós-natal**

Nos primórdios do estudo da relação da mãe com o filho, julgava-se que a criança se ligava à mãe por motivos básicos, impulsos primários, tal como a fome e sede. E foi nesta linha que Sigmund Freud se baseou, afirmando que a relação da criança com a mãe passa primeiro pela satisfação de necessidades fisiológicas. No entanto, posteriormente, constatou-se que este era um mecanismo inadequado para explicar a persistência dos laços materno-infantis (Faria, 2009).

Winnicott (2002) defende que as mães se preparam para a sua tarefa bastante especializada durante os últimos meses de gravidez, voltando ao seu estado normal nas semanas e meses que se seguem ao processo de nascimento. Assim, a partir do conceito de “preocupação materna primária”, as mães tornam-se capazes de se colocar no lugar do bebé, isto significa que, desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebé, o que lhes permite ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido.

Harlow (1958) foi quem, pela primeira vez, comprovou, através da descrição de experiências realizadas com macacos, que, na ligação entre a mãe e o bebé, a satisfação das necessidades de alimento não detém um papel primordial. As suas experiências laboratoriais com macacos Rhesus consistiram na criação de duas “mães” artificiais: uma era feita apenas com armação de arame enquanto a outra, era idêntico mas envolvido num manto de tecido de esponja. Esse estudo permitiu observar que os macacos bebés preferiam nitidamente as “mães” mais confortáveis, independentemente da condição nutriente. Estes dados tornaram

claro que o conforto transmitido pelo contacto é essencial ao estabelecimento de respostas afectivas. Na sequência dos seus estudos, demonstrou-se que a mãe revestida com tecido de esponja constitui uma fonte de conforto e segurança, a partir da qual o bebé Rhésus pode explorar o seu meio (Huffman, Vernoy & Vernoy, 2003).

Contudo, é com John Bowlby (1982) que nasce o conceito de vinculação, no qual afirmava que a pressão evolutiva favoreceu comportamentos capazes de despertar os cuidados de um adulto, como o abraço, a sucção, o choro e o sorriso, ou seja, durante o curso da evolução humana, esses comportamentos tornaram-se parte da herança biológica do bebé humano, e as reacções que evocam nos adultos criaram um sistema interactivo que leva à formação do vínculo.

Na maior parte dos casos, esta figura de vinculação reconhece e responde às expressões emocionais (e.g. chorar, sorrir) e comportamentais (e.g. seguir, trepar) da criança, assegurando a sua sobrevivência (e.g. respondendo às suas necessidades básicas de alimentação, segurança, afecto) e defendendo-a de possíveis ameaças, numa relação bastante assimétrica (Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco & Pais, 2005).

Por comportamento de vinculação, Bowlby (1990) entende todo o comportamento do recém-nascido que tem como consequência e como função criar e manter a proximidade ou contacto com a mãe, ou a pessoa que a substitua, sendo estas consideradas de manifestações inatas, que se encontram presentes na altura do nascimento.

A partir das interacções repetidas com a figura de vinculação, a criança vai desenvolvendo conhecimentos e expectativas sobre o modo como essa figura responde e é acessível aos seus pedidos de proximidade e protecção. Esta informação é progressivamente organizada em modelos internos dinâmicos, que são representações generalizadas do *self*, das figuras de vinculação e das relações (Soares, 2001).

A aproximação assim criada proporciona um comportamento social e constitui, além disso, uma recompensa, que permite ao bebé identificar de maneira selectiva a mãe. Assim, a reacção de medo ou ansiedade crescentes poderão surgir perante indivíduos estranhos. Isto advém de uma dupla maturação (Montagner, 1900): o aumento das capacidades perceptivas do bebé, o que lhe permite distinguir o carácter novo ou estranho de um objecto ou pessoa; e o aumento do medo, com a idade, em relação a pessoas estranhas.

Perante este cenário, para Bowlby, no decorrer dos primeiros dois anos, as vinculações passam por grandes transformações, reflectindo as habilidades perceptivas e cognitivas crescentes do bebé, que podem ser observadas de forma resumida no quadro 2, que descreve como o carácter das vinculações se desenvolvem à medida que o comportamento se torna cada vez mais organizado, flexível e intencional (Schaffer, 1996).

Quadro 2

Fases de desenvolvimento da vinculação (adaptado de Schaffer, 1996)

Fases	Idade (em meses)	Principais características
1. Pré-vinculação	0-2	Resposta social indiscriminada
2. Vinculação em curso	2-7	Reconhecimento de familiares
3. Vinculação bem definida	7-24	Protesto pela separação; preocupação com estranhos; comunicação intencional
4. Parceria de objectos	mais de 24	Relações mais ambíguas. As crianças compreendem as necessidades dos pais

Mary Ainsworth e seus colaboradores (1978), influenciados pela teoria de Bowlby, para avaliar a solidez da vinculação entre mãe e bebê, desenvolveram uma situação experimental denominada de *strange situation* (situação nova, desconhecida ou estranha). Esta envolve uma série de episódios, cada um com aproximadamente 3 minutos de duração, em que a mãe e o bebê entram numa sala desconhecida, cheia de brinquedos interessantes. A mãe sai por alguns instantes e entra uma pessoa desconhecida; depois a mãe e o bebê encontram-se de novo. Enquanto isso, o experimentador observa o bebê, registrando as suas reacções.

Foi a partir dos seus estudos de observação de bebês em situações naturais ou de laboratório, que Ainsworth, pela primeira vez elaborou um esquema para a classificação dos estilos de vinculação, que dividiu em três categorias: (a) criança “segura” (tipo B), quando exposta a uma pessoa desconhecida, a criança procura proximidade e contacto corporal com a mãe, usa-a como base segura a partir da qual faz explorações. Desta forma, a criança evidencia níveis moderados de perturbação quando separada da mãe e mostra satisfação quando a mãe regressa; (b) criança “evitante” (tipo A), que se mostravam pouco perturbadas com a separação e, na reunião, ignoravam a mãe ou evitavam activamente o contacto com ela; (c) criança “ansiosa/ambivalente” (tipo C), que se mostravam muito ansiosas e dependentes da mãe durante todo o processo, entravam em desespero durante as separações e, aquando das reuniões, mostravam ou uma atitude passiva ou uma procura intensa de contacto, misturada com manifestações de raiva e agressividade dirigidas à mãe (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Este estudo permitiu concluir que as crianças da categoria B têm uma mãe mais atenta e que responde de forma mais adaptada ao seu comportamento, do que as mães das crianças das categorias A e C. As diferenças observadas entre as crianças destas três categorias, permitiram prever diferenças em diversos aspectos do seu desenvolvimento emocional e relacional (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Contudo, independentemente das diferenças, estes

constituem-se como estratégias organizadas por parte da criança para lidar com o *distress* provocado pela situação activadora do sistema de vinculação (Vieira, 2008).

Estas reacções estão associadas aos comportamentos da figura de vinculação na vida diária, particularmente à sua acessibilidade e resposta aos sinais e solicitações de protecção e conforto por parte da criança (Vieira, 2008).

Tratando-se desta relação da díade e do sentimento materno em relação ao bebé, Spitz (2000) apontou como inestimável a importância dos sentimentos da mãe em relação ao seu filho. Para este autor, quase todas as mulheres se tornam meigas, amorosas e dedicadas na maternidade, criando, na relação mãe-filho, o que se denomina Clima Emocional Favorável, sob todos os aspectos favorável ao desenvolvimento da criança. São sentimentos maternos que criam esse clima emocional, como o amor e afeição. O que torna essas experiências tão importantes para a criança é o facto de serem interligadas, enriquecidas e caracterizadas pelo afecto materno e a criança responde afectivamente a este sentimento.

A partir da perspectiva das diversas teorias apresentadas, pode-se verificar que as teorias da vinculação sustentam que a qualidade das relações interpessoais constituem importantes recursos na procura de conforto, apoio e segurança e admitem que os laços afectivos se mantêm ao longo da vida, desde o nascimento, apesar dos mecanismos que activam e desactivam o comportamento de vinculação serem diferentes na criança, no adolescente e no adulto no desenvolvimento de laços afectivos (Apóstolo, 2002).

Desde logo, é de esperar que a segurança dos primeiros laços estabelecidos tenha reflexos nas relações interpessoais, que serão formadas e mantidas ao longo da vida. De facto, através das repetidas interacções, a criança constrói crenças, expectativas e representações sobre a disponibilidade e sensibilidade dos seus cuidadores, filtrando um conjunto de regras que regulam a percepção do mundo e as expectativas acerca do modo como os outros reagem às suas necessidades de vinculação (Machado, Fonseca & Queiroz, 2008).

2.2. Factores que Influenciam a Vinculação

A interacção precoce pais/bebé, tal como o contacto da pele, o toque, o olfacto, o calor físico e o estímulo verbal vão actuar na promoção do vínculo entre os progenitores e a criança, sendo que esta interacção precoce trará efeitos positivos na qualidade do relacionamento dos pais com o seu bebé (Barros, 2010).

Através da análise do estudo realizado por Ferreira e Viera (2003) foi possível observar que o grau desse vínculo influencia o comportamento de proximidade da díade e a satisfação

de necessidades biológicas desta. Com isso, constata-se que, quanto mais essa ligação se vai tornando confiável, mais seguro se vai tornando o vínculo.

A vivência da gravidez e maternidade depende da interação de diversos factores, entre eles a idade materna, a história pessoal da grávida, antecedentes obstétricos e a existência de suporte social (Colman & Colman, 1994).

Perante estes factores, Mercer e Ferketich (1994) enfatizam que a idade materna e a experiência anterior no cuidar de crianças explicam uma variância de 38% na competência materna. Por seu lado, Andrade (1999) refere que o grupo etário superior a 35 anos parece demonstrar sentimentos de maior competência, autonomia, auto-confiança e individualidade do que as mães mais jovens. O mesmo autor refere, ainda, que estas mulheres parecem estar mais aptas para lidar com as características sociais atribuídas ao papel de mãe, tais como a atenção e a disponibilidade afectiva para cuidar da criança.

Relativamente à idade materna, os resultados do estudo realizado por Belo (2006) também apontam para uma maior percepção materna das competências, com o aumento da idade, nos cuidados aos seus recém-nascidos. Segundo Belo, foi igualmente possível verificar que as mães com vinculação segura percebem maior competência nos cuidados ao seu recém-nascido, assim como as que apresentam menor padrão de vinculação evitante.

No estudo realizado por Mendes (2002), em Portugal, a autora encontrou uma tendência oposta à anteriormente por nós constatada através da literatura consultada, que aponta para a diminuição da ligação materno-fetal das grávidas à medida que a idade avança. As grávidas com menor grau de escolaridade apresentam níveis de ligação materno-fetal mais baixos, sendo o grau de nível secundário o que obteve a média mais elevada.

A autora menciona ainda que, as dimensões relacionadas com a aceitação da gravidez, vinculação ao feto e identificação com o papel materno, diferem entre as primíparas e as múltiparas, devido à natureza das mudanças que ocorrem e porque estas últimas já têm filhos (Mendes, 2002). Também num estudo realizado por Condon e Esuvaranathan (1990) se verificou que os casais que esperam o segundo filho têm tendência a sentir mais ansiedade, devido a factores externos, como problemas económicos e exigências dos outros filhos e uma vinculação menor com o feto devido a uma diminuição do efeito de novidade na vivência da relação materno-fetal na subsequente gravidez.

Num estudo realizado por Cranley (1981), com 71 grávidas no terceiro trimestre, encontram-se associações positivas entre os níveis de ligação materno-fetal e suporte social percebido pela mulher e entre os níveis de ligação materna e as percepções relativas ao bebé três dias após o nascimento. Neste estudo, foi, ainda, encontrada uma associação negativa entre os níveis de ligação materno-fetal e o stress percebido pela mulher.

Mendes (2002), através da sua investigação constatou que a percepção dos movimentos fetais pela grávida é um elemento determinante no processo de vinculação, reforçando que a aceitação da gravidez e da existência de outro elemento no núcleo familiar (ainda por nascer) são tarefas determinantes na vinculação materna ao feto, sendo essencial que a mulher, para ter uma atitude face à gravidez e ao feto, tem que ter um conceito positivo de si mesmo.

2.3. Estudos sobre Tempo Gestacional e Vinculação Materna

Diversos estudos procuram investigar que influência no estilo de vinculação materna poderá existir ao longo do período gestacional, relativamente ao feto. Por exemplo, Mikulincer e Florian (1999), no seu estudo, verificaram que mulheres com padrão de vinculação segura, estavam fortemente vinculadas ao feto no início da gravidez; que mulheres com estilo de vinculação insegura, mostraram fraca vinculação com o feto no primeiro e no último trimestre e forte no segundo; e, ainda, que mulheres com estilo de vinculação ansiosa-ambivalente, apresentaram um gradual desenvolvimento da vinculação durante a gravidez.

Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho (2006) avaliaram 130 grávidas no último trimestre da gestação, com o objectivo de avaliar a sua qualidade da vinculação e das relações significativas na gravidez. Os resultados evidenciam que um estilo inseguro pode ser preditor na sequência de separação ou divórcio parental durante a infância ou adolescência e quando a grávida está desempregada. Mostram ainda que este estilo de vinculação evidencia, um pior relacionamento na gravidez, principalmente a presença de relações discordantes com o companheiro e de relações apáticas com outras pessoas significativas.

Para estas autoras, a vinculação ansiosa/ambivalente afecta a relação com o companheiro (em situações de menos confiança e menos suporte emocional), mas não a relação com as outras pessoas significativas; enquanto a vinculação evitante afecta a relação com a outra pessoa significativa (perante menos actividades partilhadas e menos interacção positiva), mas não a relação com o companheiro. Concluem que condições adversas de existência (anteriores e actuais) propiciam vinculação insegura e que o estilo de vinculação interfere na qualidade do relacionamento com o companheiro e com outras pessoas significativas, nomeadamente na capacidade da grávida recorrer a apoio.

A vinculação materna também aumenta com o tempo gestacional, em particular depois das primeiras experiências de movimento fetal (Honjo et al., 2003; Righetti, Dell'Avanzo, Grigio & Nicolini, 2005). Um estudo de Siddiqui e Hagglof (2000), realizado com 100 mulheres, permitiu verificar que o nível de envolvimento pré-natal pode ser preditivo da qualidade de envolvimento após o nascimento. Assim, as mães que mostraram maior afeição e

que fantasiaram mais com o bebê durante a gravidez, evidenciaram maior envolvimento durante a interação, especificamente ao estimularem as capacidades do recém-nascido, até aos 12 meses pós-parto.

Outras variáveis têm sido associadas ao desenvolvimento e qualidade da vinculação pré-natal. O estudo de Condon e Corkindale (1997), realizado com mulheres no terceiro trimestre, revelou uma forte associação entre os níveis de vinculação materna e três factores - depressão, ansiedade e suporte social. Foi verificado que mulheres com menos vinculação materna apresentavam níveis maiores de sintomas depressivos e ansiedade e níveis menores de suporte social. Também no estudo de Hart e McMahon (2006), as mulheres com qualidade de vinculação ao feto mais baixa relatam níveis de ansiedade e depressão mais elevados.

Schmidt e Argimon (2009) confirmam que há relação entre o padrão de vinculação da gestante e o nível de vinculação materno-fetal, enfatizando que as mulheres que apresentaram vinculação segura, evidenciaram uma vinculação materno-fetal elevada e sintomas depressivos e ansiosos mínimos. Verificaram, ainda, a existência de uma associação significativa entre o estilo de vinculação da gestante e sintomas depressivos, pelo que, quando foi analisada a presença de sintomas depressivos moderados e comparada a diferença entre mulheres com diferentes tipos de vinculação, observou-se que as gestantes com vínculo evitante apresentaram frequência maior de sintomas depressivos.

Em suma,

É inegável a importância da formação do vínculo mãe-bebê ao longo da gestação e pós-parto. A relação da mãe com o bebê vai-se constituindo ao longo da gestação e é influenciada pelas suas expectativas e pela interação que estabelece já neste período. Esta primeira relação serve de base para a relação mãe-bebê que se estabelecerá depois do nascimento.

O parto, por sua vez, representa um momento importante, permitindo o primeiro contacto entre a díade, fazendo a passagem do bebê imaginário para o bebê real. Os três primeiros meses pós-parto serão cruciais para a formação e consolidação do vínculo entre a díade e, por consequência, para o desenvolvimento global da criança.

Atendendo que a relação existente entre a vinculação materna e os cuidados prestados ao bebê não é linear, é importante considerar dois factores mediadores que a investigação tem vindo a salientar: o suporte social e o bem-estar psicológico da mãe. A investigação tem evidenciado que uma menor vinculação materna e/ou um estilo de vínculo evitante se encontra associado a maiores níveis de sintomas depressivos, de ansiedade e de stress, indicadores que serão abordados em próximos capítulos.

Capítulo 3 – Indicadores Psicopatológicos

Nalgumas mulheres “a transição para a maternidade é acompanhada de perturbação psicopatológica (...) em que exibem pensamentos, comportamentos e emocionalidade” instáveis
(Figueiredo, 2000, p.360).

Ao longo do período gestacional, como já referenciado em capítulos anteriores, ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, que poderá resultar num aumento de sintomatologias ou até o desenvolvimento de perturbações psicológicas. Segundo Leal (2006), durante as últimas décadas, o efeito das condições psicológicas da mãe durante a gravidez sobre o desenvolvimento e comportamento fetal foi investigado, tendo-se verificado que, entre outras situações, na mulher destacam-se a depressão, a ansiedade e o stress, pelo que será abordada a presença destes indicadores psicopatológicos na gravidez e puerpério.

O risco psicopatológico associado à maternidade tem sido descrito e verificado por muitos autores em diversos trabalhos, observando-se que os níveis elevados de ansiedade na gravidez se associam ao stress parental durante as primeiras semanas do pós-parto, assim como a ansiedade na gravidez parece relacionar-se com o surgimento de depressão pós-parto (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

A literatura científica indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior prevalência de perturbações mentais na mulher, principalmente no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério. A intensidade das alterações psíquicas dependerá de factores orgânicos, familiares, conjugais, sociais e da personalidade da gestante (Pereira & Lovisi, 2008). Para Pereira (2007), alguns dos factores de risco que podem estar associados à etiologia da psicopatologia da gravidez e maternidade, são problemas psiquiátricos antecedentes; baixo apoio emocional durante a gravidez; falta de suporte social; baixo nível educacional; baixo nível sócio-económico e falta de planeamento familiar.

3.1. Ansiedade

3.1.1. Definição e Sintomatologia

A ansiedade caracteriza-se por preocupações irrealistas/excessivas sobre circunstâncias da vida e por uma série de sintomas físicos que persistem durante algumas semanas e estão

presentes na maior parte dos dias. O principal factor a ter em conta é o nível de gravidade e o défice funcional que estes e outros sintomas causam (Hallstrom & McClure, 2000).

A perturbação de ansiedade é identificada no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) como uma preocupação excessiva acerca de um acontecimento por um período de pelo menos 6 meses. De acordo com este manual, a ansiedade é acompanhada de, pelo menos três sintomas adicionais, que incluem: agitação, fadiga fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e distúrbios do sono. Esta situação psicopatológica pode apresentar-se sob a forma de sintomas somáticos, sem sinais emocionais proeminentes. Sendo que os sintomas, por definição, interferem com o quotidiano do indivíduo (Coelho & Gonçalves, 2005).

A sintomatologia que compõe a ansiedade abrange, segundo Andrade e Gorenstein (1998), sensações de medo, sentimentos de insegurança, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal, aumento de vigília e uma variedade de desconfortos somáticos consequentes da hiperactividade do sistema nervoso autónomico.

É consensual considerar que a ansiedade pode ter uma função adaptativa importante. No entanto, num contexto patológico, ela assume o carácter de perturbação, podendo apresentar três níveis de resposta: cognitivo, fisiológico e comportamental. A nível cognitivo, a pessoa interpreta as situações ambíguas como ameaçadoras, imagina sempre o pior e sente-se preocupada. A nível comportamental, a pessoa faz movimentos ansiosos com as mãos, fala com dificuldade, move-se com rapidez ou então permanece imóvel, pode ter vontade de chorar e executa actividades com dificuldade. A nível fisiológico, os músculos ficam tensos, ocorrem palpitações e tremores, aumento da sudação, podem surgir náuseas, a respiração é dificultada e ocorre a sensação de desmaio (Joyce-Moniz, 1993; Pereira, 2007).

Segundo Castillo, Recondo, Asbahr e Manfro (2000), é importante fazer a distinção entre ansiedade adaptativa e patológica. Assim, estes autores mencionam que, a maneira prática de se diferenciar é avaliar se a reacção ansiosa é de curta duração, auto-limitada e se está relacionada com o estímulo do momento ou não.

Outro ponto a considerar refere-se ao facto da ansiedade estar associada a algo prejudicial ou negativo. Porém, a ansiedade não tem necessariamente conotações negativas. Se por um lado pode ser encarada como negativa e debilitante, ou seja, a ansiedade evidencia-se através de verbalizações de incerteza e fracasso; por outro pode ser percebida como facilitadora, positiva e estimulante para o indivíduo (Martens, Vealey & Burton, 1990).

É igualmente importante distinguir a ansiedade do stress. O primeiro é um medo penetrante generalizado associado à apreensão, preocupação e antecipação de situações ameaçadoras. O stress é uma força externa que resulta nos sintomas de ansiedade, sendo

portanto, menos prejudicial e assume-se como uma resposta adequada de um indivíduo a problemas externos definíveis (Hallstrom & McClure, 2000).

Esta ideia sugere-nos que a existência de algum stress tem uma função protectora e adaptadora, conduzindo o sujeito para a acção. No entanto segundo Jesus (2002), o stress pode constituir-se como um factor de desenvolvimento e promotor de sentimentos de eficácia pessoal (*eustress*), mas se o sujeito não for bem-sucedido ou se não possuir as competências adequadas para lidar com as exigências, surgem os sintomas de mal-estar (*distress*).

➤ **Ansiedade relacionada com a gravidez e puerpério**

O facto de a gravidez constituir uma situação crítica, implicando naturalmente uma maior vulnerabilidade e desorganização dos padrões anteriores, modificações fisiológicas e estados emocionais peculiares, justifica a presença de um grau de ansiedade considerado adaptativo (Rato, 1998). Assim, quando relacionada com a gravidez e a maternidade, a ansiedade pode ser compreendida através da sua componente emocional, que acompanha todo o período da gestação até ao momento do parto, e é caracterizada por um estado de insatisfação, insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida (Zugaib, Tedesco & Quayle, 1997). A prevalência deste quadro de ansiedade é de 20% nas mulheres durante o período pré-natal (Araújo, Pereira & Kac, 2007).

Conde e Figueiredo (2005), na sua revisão da literatura, verificaram que durante a gravidez existe uma maior morbilidade relativamente à sintomatologia ansiosa, para a qual contribuem factores demográficos, obstétricos, psicossociais e culturais. O stress presente na gravidez, em níveis elevados, pode comprometer o estado da saúde da mãe e do bebé.

Costa, Larouche, Dritsa e Brender (1999) verificaram que ocorrem diferenças significativas ao longo da gestação em três componentes da ansiedade, as quais discriminam: a experiência de luta ou discussão, a ansiedade relativa à gravidez (como os medos que a mulher tem perante a gestação e o parto, a sua própria saúde e do bebé) e a ansiedade estado (vista como uma resposta emocional a componentes de stress inerentes ao meio).

Na ansiedade, Soifer (1986) defende que existem fases em que há um aumento específico da ansiedade e que acontecem ao início da gestação, durante a formação da placenta, perante a percepção dos movimentos fetais, no início do 9.º mês e nos últimos dias antes do parto. Sendo que estes aumentos de ansiedade têm duração variável e podem traduzir-se por sintomas físicos próprios ou até mesmo por aborto ou parto prematuro.

De acordo com os resultados de Lee, Lam, Chong, Chui e Fong (2007), que estudaram 357 mulheres grávidas, mais de metade das mulheres avaliadas apresentaram ansiedade pré-natal em pelo menos uma das avaliações consideradas (1º, 2º e 3º trimestre da gestação). Por

sua vez, Sutter-Dallay, Giaccone-Marcesche, Glatigny-Dallay e Verdoux (2004) encontraram uma prevalência de 24% para perturbações de ansiedade na gravidez, avaliadas no 3º trimestre de gestação. A prevalência de ansiedade estimada no 2º trimestre de gravidez anda na maioria dos estudos entre os 6,6% e os 19%. Assim, verifica-se que os níveis de ansiedade parecem ser mais elevados no 1º e 3º trimestres de gravidez, quando comparados com o 2º trimestre (Andersson et al., 2003; Andersson, Sundstrom-Poromaa, Wulff, Astrom & Bixo, 2006).

No entanto, para os profissionais de saúde mental será importante considerar a ansiedade enquanto perturbação ou, em contra ponto, como uma reacção ajustada da mulher perante as diversas etapas que englobam este período gravídico-puerperal.

3.1.2. Factores (de risco) relacionados com a Ansiedade Materna

Segundo Conde e Figueiredo (2003), a partir de uma revisão bibliográfica, foi possível reunir um conjunto de informação sobre os factores de risco relacionados com a ansiedade materna. Desta forma, tendo em consideração o modelo biopsicossocial, é possível descrever:

Factores Sócio-demográficos – associados a mulheres mais jovens, frequentemente solteiras e com condição económico-social mais baixas, especificamente, a existência de problemas financeiros e habilitações literárias mais baixas (Costa, Larouche, Dritsa & Brender, 1999; Pagel, Smilkstein, Regen, & Montano, 1990).

Factores Obstétricos – como a história obstétrica passada e presente, no qual se incluem: a existência de maior número de filhos e história prévia de gravidez (Faisal-Cury & Menezes, 2006). Lubin, Gardener e Roth (1975), avaliando 93 grávidas, em três momentos distintos (2º, 5º e 8º mês de gravidez), verificaram que a ansiedade varia significativamente em cada um dos trimestres e que a história prévia de gravidez tem um impacto considerável sobre a ansiedade materna, neste período.

Ohman, Grunewald e Waldenstrom (2003) e Costa, Larouche, Dritsa e Brender (1999), através dos seus estudos também constataram que as maiores preocupações das mulheres, relacionadas com o aumento dos níveis de ansiedade gravídicos, prendiam-se com a actual gravidez, em particular, a possibilidade de ocorrência de complicações, de aborto espontâneo, de diagnóstico de malformações, centrando-se, ainda, na saúde do bebé e no parto.

Factores Psicológicos e Sociais – relativos à história psiquiátrica prévia da mulher e as respectivas características da personalidade (Zajicek & Wolkind, 1978). O estilo de vinculação, a ocorrência/preocupação com acontecimentos adversos de vida relativos ao

domínio familiar e interpessoal e a ausência de redes de suporte social disponível, constituem os factores de risco social associado à presença de sintomatologia ansiosa (Conde, 2008).

3.1.3. Quais as Implicações da Ansiedade Materna?

A ansiedade materna tem sido cada vez mais alvo de investigação e, segundo Leal (2006), a presença de níveis elevados de ansiedade tem sido relatada num número significativo de gestantes. Por esse facto, torna-se importante analisar a sua implicação na saúde mental materna e no desenvolvimento do bebé.

No que se refere às consequências da ansiedade para o desenvolvimento e comportamento fetal, indicadores de maior imaturidade foram observados como estando associados àquela, tais como, mais tempo num sono passivo, mais movimentos indiscriminados quando estão em sono activo e valores elevados de batimentos cardíacos (DiPietro, Hilton, Hawkins, Costigan & Pressman, 2002; Groome, Swiber, Bentz, Holland & Atterbury, 1995; Van den Bergh, 1990).

A elevada ansiedade sentida pelas mães durante a gravidez, pode estar relacionada com malformações, complicações obstétricas e prematuridade; enquanto que, durante os primeiros dois anos de vida do recém-nascido são sobretudo relatadas dificuldades temperamentais e um menor nível de desenvolvimento (Leal, 2006; Omer, 1986).

Em mulheres que foram submetidas a situação de stress no terceiro trimestre de gravidez, Monk e colaboradores (2000) realizaram um estudo sobre os efeitos do stress agudo e ansiedade materna na resposta fisiológica de batimento cardíaco fetal, dividindo as mulheres em dois grupos de acordo com o nível de ansiedade. Os autores concluíram que, apesar de não ter havido diferença significativa entre os grupos de mães com baixo ou alto nível de ansiedade, os fetos das mães com elevado nível de ansiedade, durante a situação de stress, tiveram taxas de batimentos cardíacos mais elevados quando comparados aos fetos das mães de baixo nível de ansiedade.

Seguindo esta linha de pensamento, Bonomi (2002) refere que, aquando de uma situação ansiosa, ocorre uma profunda produção de variadas substâncias como a adrenalina e a dopamina, responsáveis pelas conhecidas reacções de stress. São estas substâncias que, atravessando a placenta, chegam ao feto e lhe causam as mesmas reacções, sensações ou sintomas.

Os efeitos da ansiedade materna como factor de risco durante a gravidez foram também observados num estudo conduzido por Verdoux, Sutter, Glatigny-Dallay e Minisini (2002), no qual foram avaliadas 441 gestantes durante o 3º trimestre. Os autores investigaram a

associação entre complicações obstétricas e sintomas de ansiedade em mães de bebês nascidos a termo, observando que mulheres diagnosticadas com perturbação de ansiedade pré-natal tiveram maior probabilidade de apresentar complicação obstétrica grave e que estas complicações actuaram como factor de stress crónico durante o período gravítico.

Partindo da sua investigação, Barnett e Parker (1986) verificaram que grávidas primíparas com elevado nível de ansiedade, indicam menor suporte social, interpretações negativas acerca da gravidez, maiores níveis de complicações no parto, mais dificuldades na amamentação, maiores índices de depressão pós-parto, menor confiança nas suas capacidades para prestação de cuidados ao bebé e mais preocupações acerca dos bebês e delas próprias.

3.2. Depressão

3.2.1. Definição e Sintomatologia

Tristeza é uma reacção normal que pode ocorrer em diversos momentos da vida de uma pessoa, principalmente diante de situações que envolvem frustração ou perda. Esse estado de humor, no entanto, não deve ser confundido com a depressão clínica, uma condição médica que tem consequências importantes para a saúde (Ito, 1998). Para Widlocher (2001), a depressão é reconhecida como uma doença grave que afecta a maneira da pessoa sentir, pensar, agir, comer e dormir. As pessoas com depressão podem apresentar uma actividade neuronal reduzida em áreas cerebrais que controlam, entre outras, o humor, o apetite e o sono.

Esta linha de pensamento é igualmente descrita por Hell (2009), mencionando que o verdadeiro sofrimento depressivo transforma profundamente a pessoa: os sentimentos, o pensamento, o comportamento, a expressão corporal e as funções somáticas. A capacidade de sentir alegria extingue-se, o pensamento torna-se circular e repetitivo. O lugar da tristeza é ocupado pelo vazio interior e pela ausência de sentimentos e o “bloqueio” torna difícil até as tarefas e decisões mais simples do quotidiano. E a tentativa de se revoltar contra este estado, leva à agitação e à insónia, pelo que o bloqueio se reforça, numa espécie de círculo vicioso.

Segundo Lencastre (2009), a etologia da depressão refere-se à falência de comportamentos hierárquicos e a persistência de sub-rotinas de derrota que se correlacionam com o humor típico da depressão. A vinculação, territorialidade, estatuto e sexualidade que são elementos essenciais da vida individual, parecem ligar-se a estratégias involuntárias de derrota (EID), apontando para o seu centro nos estados depressivos.

Assim, segundo Lencastre (2009), a etologia da depressão apresenta como características principais: ausência de vinculação; aspectos neurofisiológicos (baixos níveis de serotonina); “ausência de território” (a pessoa tende a fechar-se e a ocupar um espaço muito

pequeno); presença de movimentos expressivos (ligados ao comportamento como o humor em baixo, tristeza, perda de energia, que são facilmente reconhecidos pelos outros, que procuram ajudar a pessoa deprimida); e recorrência da depressão - movimentos expressivos e ritualização (em que a EID torna-se ritualizada e os sinais são facilmente reconhecidos pelo próprio e pelo outro. O sentimento depressivo pode ocorrer sem que o próprio compreenda e sem haver relação com a situação vivida.

Desta forma, é possível verificar que a depressão resulta de uma interacção entre factores múltiplos, em que o seu aparecimento e evolução estão relacionados com uma diversidade de variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicossociais (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

O diagnóstico de depressão é descrito, segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), como um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades. A pessoa deve igualmente experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais que enquadram, alterações do apetite, sono e actividades psicomotoras; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar, concentrar ou tomar decisões; pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas. É importante mencionar que o episódio deve ser acompanhado por mal-estar clinicamente significativo ou causar deficiência no funcionamento social, ocupacional, ou noutras áreas relevantes.

Do ponto de vista cognitivo, Beck descreve uma tríade (interferências arbitrárias, abstracção selectiva e generalizações excessivas) que determina uma visão negativa dos acontecimentos, trata-se de esquemas cognitivos negativos responsáveis pela depressão. Este autor defende que, o esquema disfuncional do deprimido é dominado por crenças (crenças, suposições) negativas de si, do mundo e do futuro. Que desencadeiam pensamentos automáticos negativos, que representam um factor de vulnerabilidade cognitiva a favor do desenvolvimento da depressão (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

➤ **Depressão relacionada com a gravidez e puerpério**

Segundo Baptista, Baptista e Oliveira (1999), um dos factores que poderá contribuir para o desenvolvimento da depressão feminina é a maternidade, visto que a gestação e o parto são factores de stress, para além das modificações hormonais que podem estar directamente relacionadas com esta ocorrência. A prevalência da depressão durante o período gestacional é de aproximadamente 7 a 15% (Araujo, Vilarim, Sabroza & Nardi, 2010).

No entanto, o risco revela ser maior em quem já tem uma história de depressão, quem tem falta de apoio social, pessoas mais jovens, pessoas que residem sozinhas, quando existem conflitos conjugais e ambivalência em relação à gravidez (Kramlinger, 2004). A evidência demonstra que, além de a depressão pré-natal ser mais frequente, ela é o principal factor de risco para depressão pós-natal, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação (Pereira & Lovisi, 2008).

Segundo a literatura, as perturbações psicológicas do pós-parto podem assumir três tipos: o *blues* pós-parto, a psicose puerperal e a depressão pós-parto. Os *blues* pós-parto definem-se como uma forma breve e moderada de perturbação de humor, que se inicia durante a primeira semana que se segue ao nascimento do bebé, tendo essencialmente um carácter transitório. Esta caracteriza-se por uma fase na qual cerca de 40 a 60% das puérperas poderão sentir sintomatologia como irritabilidade, choro fácil, insónia, perda de apetite, que rapidamente, no espaço de duas semanas, os sintomas em questão, associados às quebras hormonais, desaparecem (Brito, 2009; Yalom, Lunde, Moos & Hamburg, 1968).

A psicose puerperal trata-se de uma perturbação psicológica grave, apresenta um início mais abrupto e ocorre habitualmente no mês que segue ao parto, dando lugar a sintomas de ordem psicótica, os quais podem organizar-se segundo um eixo esquizofrénico, melancólico ou bipolar (Camacho, et al., 2006). Os sintomas descritos são: delírio, alucinação e grave deterioração do funcionamento mental, no qual as mulheres costumam apresentar comportamento desorganizado e delírios que envolvem os seus filhos, com pensamentos de lhes provocar algum tipo de dano (O'Hara, 1997).

A depressão pós-parto representa uma perturbação do humor, que segundo o DSM-IV-TR, se enquadra num episódio depressivo maior (American Psychiatric Association, 2002) e se inicia no segundo ou terceiro mês do pós-parto, podendo estender-se por todo o primeiro ano de vida do bebé (ou até mais) e, embora apresente um prognóstico bastante favorável, existe um risco acrescido de se desenvolverem novas depressões, mesmo que não relacionadas com novas gestações (Marques, 2003).

Este quadro clínico envolve depressão, falta de energia, sentimentos de solidão, mudanças ao nível do apetite, ganho ou perda significativos de peso e mudanças nos hábitos de sono (Pereira, 2007). Para além destes sintomas nucleares, comuns a qualquer perturbação do humor, a ansiedade é neste quadro muito marcada e surge sob a forma de uma preocupação excessiva com a saúde e alimentação do bebé. A par com sentimentos de culpabilidade por não cuidar suficientemente do bebé e sentimentos de inadequação e de incapacidade no desempenho do seu papel maternal (Marques, 2003).

A depressão pós-parto afigura-se, assim, como um fenómeno biopsicossocial, de etiologia multifactorial: biológica relativa à alteração hormonal (Figueiredo, 2001; Frizzo & Piccinini, 2005), visto que os níveis de progesterona e estrogénio decrescem bastante no pós-parto (Treadway, Jane, Jarradi-Zadeh & Lipton, 1969); social, através de acontecimentos adversos (eg. financeiros, dificuldades de relacionamento com a família ou suporte social inadequado), principalmente quando surgem dificuldades na interacção com o bebé (Cutrona & Troutman, 1986); e psicológica, nomeadamente história psiquiátrica prévia e dificuldades experienciadas durante a gravidez (Kumar & Robson, 1984).

Segundo Brito (2009), é muito complicado para a mulher aceitar que está irritável, cansada e triste, que está a ser difícil cuidar do seu filho recém-nascido, quando o companheiro, a família e a sociedade lhe transmitem que a circunstância de ser mãe lhe deveria trazer a total plenitude e prazer. A autora considera que a mulher se sente culpada pelos seus sentimentos e oculta o seu estado depressivo, visto que enquanto mãe pode até tratar funcionalmente do bebé, mas sente-se sem capacidade para sentir e transmitir emoção e afecto na sua relação com ele. Sendo, por isso, de relevo, reflectir sobre os factores e implicações que a depressão materna acarreta.

3.2.2. Factores (de risco) associados à Depressão Materna

A investigação tem mostrado a existência de factores de risco para o desenvolvimento de depressão materna pré e pós-natal, situando-se a prevalência desta entre os 20 e 25% das mulheres que se encontram neste período gravídico-puerperal (Kramlinger, 2004; Pereira & Lovisi, 2008). Alguns destes factores de risco serão analisados de seguida:

Factores Biológicos – surgem associados a factores hormonais, nomeadamente, o desequilíbrio entre os níveis de estrogénio e de progesterona, que, tendo aumentado progressivamente durante a gravidez, decaem bruscamente depois do parto e o nível de prolactina aumenta rapidamente de forma a proporcionar a lactação (Nott, Franklin, Armitage & Gelder, 1976).

Factor Sócio-Demográficos – que incluem: condições sócio-demográficas desfavorecidas, associadas a dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego (da grávida ou do companheiro), estado civil solteira e instabilidade no relacionamento afectivo (Marcus, Flynn, Blow & Barry, 2003; Pereira & Lovisi, 2008).

Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo (1996), num estudo realizado com 352 mulheres portuguesas com idades compreendidas entre os 16 e 43 anos de idade, verificaram

que a multiparidade e o baixo nível sócio-económico contribuem para maiores níveis de sintomatologia depressiva entre a 9ª e 20ª semana após o parto.

Factores Obstétricos – perante os vários estudos encontrados na literatura é possível agrupar um conjunto destes factores, que poderão estar associados e/ou influenciam o aparecimento da depressão, entre eles, história de aborto anterior, gravidez não planeada e não desejada, a mulher não aceitar a gravidez, reacção negativa do pai à gravidez, multiparidade, experiência de parto negativa, complicações obstétricas e parto prematuro (Beck, 2001; Cantilino, Zambaldi, Sougey & Rennó, 2010; Cryan et al., 2001; Moraes et al., 2006; Mosso, Volpi, Scalise, Molina & Ramos, 2008; Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet & Manzano, 1998; Tomlinson, Swartz, Cooper & Molteno, 2004).

Factores Psicológicos – segundo Lafer, Almeida, Fráguas e Miguel (2000), a ocorrência de história prévia de episódios depressivos aumenta o risco em 24% para depressão puerperal, 35% para depressão durante a gestação e 50% para episódio prévio de depressão puerperal. Desta forma, os factores de risco estão associados à história prévia de episódios depressivos da mulher, presença de depressão e/ou ansiedade durante a gestação, história psiquiátrica familiar, características estruturais da personalidade da puérpera, ao seu estilo de *coping* e variáveis ligadas a dificuldades na gestação (Josefsson, Berg, Nordin & Sydsjo, 2001; Kramlinger, 2004; Josefsson, et al., 2002; O'Hara & Swain, 1996; Ramos & Furtado, 2007).

Vários autores têm vindo a abordar outros factores que poderão fazer parte dos riscos relacionados com a depressão materna pré e pós-natal. Entre esses factores encontrámos a auto-crítica, a auto-estima, o estilo de vinculação e locus de controlo.

Besser e Priel (1999) realizaram um estudo com o objectivo de analisar o papel da auto-crítica e da dependência como factores de vulnerabilidade para a depressão pós-natal numa amostra não clínica, de 75 grávidas primíparas avaliadas no 3º trimestre e 8 semanas após o parto. Os autores concluíram que, apesar da dependência não estar associada com a sintomatologia pós-parto, o auto-criticismo avaliado na gravidez prediz a depressão pós-parto.

Hall, Kotch, Browne e Rayens (1996) examinaram o papel da auto-estima como mediador dos efeitos de stress e dos recursos sociais sobre os sintomas das mães depressivas após o parto em 738 mulheres, tendo verificado que 42% destas, apresentavam sintomas depressivos elevados e que a auto-estima medeia os efeitos do stress diário e da qualidade das relações íntimas primárias nos sintomas depressivos. Constataram, ainda, que as mães com baixa auto-estima apresentam maior probabilidade de ter sintomas depressivos do que as mães com elevada auto-estima.

Relativamente à relação entre estilo de vinculação materno e a depressão, Bifulco e colaboradores (2004) avaliaram 204 grávidas, das quais 174 foram seguidas até aos 6 meses após o parto, tendo verificado uma associação entre o estilo de vinculação evitante e depressão pré-natal, e entre o estilo de vinculação ansioso e a perturbação pós-natal.

Um estudo realizado por Bernazzani, Saucier, David e Borgeat (1997) explorou o modelo multifactorial para a compreensão dos factores relacionados com a intensidade das perturbações emocionais no período pré-natal. Avaliaram 213 mulheres grávidas durante o segundo trimestre de gravidez, tendo verificado a existência de quatro domínios como factores de risco que apresentam um efeito directo sobre o nível de sintoma depressivos, que são: o locus de controlo, relações interpessoais, stress e história psiquiátrica.

Factores Sociais – entre os factores de risco associados a depressão materna, observam-se: baixo suporte social, familiar ou conjugal; acontecimentos stressantes experimentados nos últimos 12 meses; poucas relações afectivas satisfatórias; acontecimentos adversos durante a gestação e o parto; dificuldades no desempenho de papéis maternos por falta de experiência prévia ou por experiências interpessoais negativas com a própria mãe (Andrade, Viana & Silveira, 2006; Camacho, et al., 2006).

Através de um estudo em que Pajulo, Savonlahti, Sourander, Helenius e Piha (2001) procuraram explorar factores associados à depressão materna. Avaliaram 391 mulheres entre as 14-37 semanas, tendo verificado que a depressão pré-natal está associada a dificuldades nos relacionamentos sociais quer com amigos, companheiro e/ou mãe.

Por sua vez, Halbreich (2004), num artigo de revisão sobre a depressão na gravidez, constatou que os factores de risco incluem acontecimentos de vida negativos, baixo suporte social, conflito conjugal e isolamento materno. Este autor conclui, ainda, que a prevalência de perturbações mentais na gravidez não é maior do que em outros períodos de vida, no entanto a prevalência de sintomas de humor, comportamentais e cognitivos é bastante mais elevada. Esta prevalência toma particular importância, uma vez que a presença de sintomas disfóricos e stress na gravidez, encontram-se associados com resultados negativos no parto e complicações gestacionais com impacto negativo no bebé (Halbreich, 2004).

É ainda possível destacar, segundo Cantilino, Zambaldi, Sougey e Rennó (2010), alguns factores considerados de protecção, entre eles, o optimismo, elevada auto-estima, boa relação conjugal, suporte social adequado e preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade.

3.2.3. Quais as Implicações da Depressão Materna?

A literatura estima que entre 10 e 15% das mulheres apresentem valores clinicamente significativos de sintomatologia depressiva durante a gestação, por sua vez, a depressão pós-parto afecta entre 6,8 e 15% das mulheres (Gotlib, Whiffen, Mount, Milne & Cordy, 1989; Leal, 2006). Porém, de acordo com Doermann (1999), as mulheres não reconhecem os sintomas, mesmo nas depressões leves e moderadas. O autor considera, ainda, que a depressão pós-parto tem um impacto negativo na mulher, no bebé, nos outros filhos, no companheiro e nas outras pessoas que fazem parte do seu ciclo relacional.

Perante estes dados é importante avaliar as implicações/consequências que a depressão materna poderá trazer para todo o núcleo familiar, em particular para a mãe e bebé.

As implicações relativas à mãe podem associar-se ao risco de complicações obstétricas (Leal, 2006), inibição do crescimento fetal (Sá, 2001), interacção na díade (Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990; Mazet & Stoleru, 2003) e comportamento parental (Teti & Gelfand, 1991).

Para o bebé, os maiores riscos podem estar relacionados com a eventual presença de perturbações na capacidade de regular emoções (Weinberg & Tronick, 1993); perturbações comportamentais, afectivas, cognitivas e sociais (Field et al., 1985; Goodman & Gotlib, 1999; Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000; Teti, Messinger, Gelfand, & Isabella, 1995); perturbação na vinculação, maior incidência de diagnóstico psiquiátrico (Goodman & Gotlib, 1999) e maior risco para apresentar alterações da actividade cerebral (Dawson et al., 2000).

Leal (2006) verificou que a presença de sintomatologia depressiva materna poderá estar associada com o risco aumentado de complicações obstétricas, imaturidade e desorganização comportamental do recém-nascido. Bonomi (2002), menciona que estados de tristeza profunda, depressão ou melancolia, aumentam a produção de substâncias como a adrenalina e a dopamina, e principalmente os níveis de cortisol que circulam na corrente sanguínea e que podem afectar ou provocar no feto uma reacção de protecção de modo a defender-se do efeito doloroso causado por uma reacção de stress.

Segundo Sá (2001), a estabilidade fetal pode ser condicionada pela angústia e depressão materna. O feto emociona-se, angustia-se, constrange-se com as expressões mais rígidas da personalidade da mãe, alegra-se e deprime-se a ponto de inibir o seu crescimento (Sá, 2001). Estas experiências emocionais podem transformar-se num traço de personalidade do feto, quando ocorre a depressão fetal associada a alterações dos ritmos biológicos, devido a estímulos hormonais e sensoriais intra e extra uterinos (Sá, 2001).

Weinberg e Tronick (1994) desenvolveram um estudo que tinha como objectivo perceber os efeitos da depressão materna no desenvolvimento das crianças, tendo-se baseado

na hipótese de que pode haver uma transmissão precoce dos afectos depressivos entre mãe e bebé. Em comparação com as crianças de mães não deprimidas, encontraram mais frequentemente perturbações na capacidade de regular as suas emoções, uma diminuição da capacidade de entrar em relação com pessoas ou objectos, uma maior presença de perturbações cognitivas e uma ligação insegura à mãe.

No entanto, para Weinberg e Tronick (1994), a interacção mãe-filho não é idealizada, no sentido em que só há harmonia e transmissão de afectos positivos entre mãe e filho, havendo necessidade de uma combinação de afectos positivos e negativos entre eles. Em situações de depressão materna, haveria uma diminuição crónica deste processo de regulação mútua, que conduziria a experiências consecutivas de afectos negativos na criança e pouca ou nenhuma reparação que encontramos em situação normal (figura 1). Mas também parece que a expressão da depressão materna é variada e algumas crianças não parecem ser atingidas no seu desenvolvimento (Weinberg & Tronick, 1994).

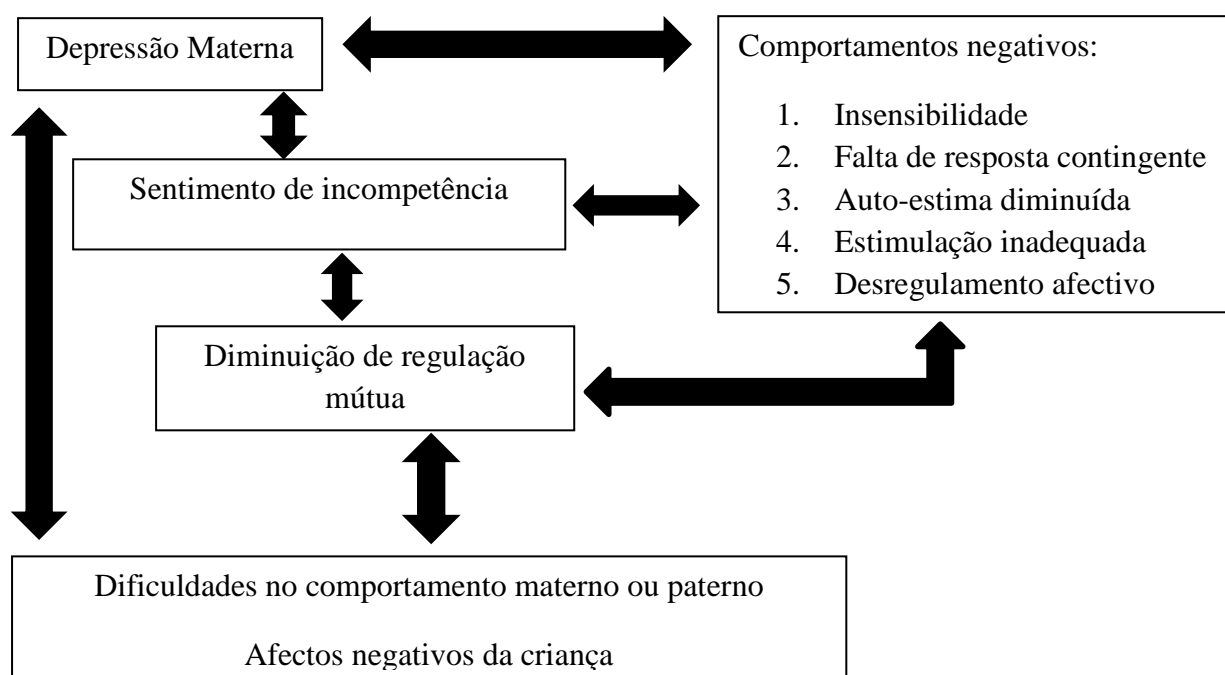


Figura 1. Efeitos da depressão materna na interacção mãe-bebé (adaptado de Cohen-Solal & Golse, 1999).

Segundo estudos recentes realizados por Mazet e Stoleru (2003), os estados depressivos poderão também provocar perturbações na interacção. Estes autores verificaram que existem interacções menos frequentes, nomeadamente ao nível do olhar, das palavras maternas e das verbalizações do bebé; interacções menos marcadas pela mutualidade e pela reciprocidade; desprovidas de afectividade, ou seja, mecânicas e mais descontinuadas.

Diversos estudos têm procurado comparar a interação entre mães com diagnóstico de depressão e sem esse diagnóstico. Por exemplo, Field, Healy, Goldstein e Guthertz (1990) encontraram um número significativamente maior de interações sincrônicas positivas em díades mãe-bebé de mães sem diagnóstico de depressão do que entre mães com diagnóstico de depressão. Nas díades em que a mãe apresentava depressão, também ocorreram comportamentos sincrônicos, mas estes eram de natureza negativa. Isso significa que os bebês tendem a espelhar o comportamento predominante da mãe, independentemente de ele ser positivo ou negativo.

Num outro estudo, realizado por Field e colaboradores (1985), verificou-se que mães com diagnóstico de depressão apresentam menos comportamentos imitativos das expressões faciais do bebê, brincam menos com os seus filhos e expressam mais atitudes punitivas e controladoras no cuidado com os bebês. Além disso, as mães com diagnóstico de depressão tendem a relatar mais dificuldades no cuidado com as crianças e expressam mais insatisfação associada com os seus filhos do que as mães sem diagnóstico de depressão.

Outras investigações já realizadas, adotam a ideia de que as mães com diagnóstico de depressão e seus filhos partilham menos comportamentos devido à falta de atenção mútua, têm mais comportamentos negativos um para com o outro, demonstram menos contacto afectivo, o tempo em interação é menor, as estimulações verbais e lúdicas assim como as interações sociais parecem diminuir e são mães que dificilmente suportam os pedidos de amor e as necessidades de dependência do seu filho (Goodman & Gotlib, 1999; Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000; Teti, Messinger, Gelfand, & Isabella, 1995).

Assim, quando existe depressão, a relação na díade caracteriza-se por um fraco envolvimento emocional, culpabilidade, hostilidade, ressentimento e comunicação de afectos negativos. No fundo, estas crianças são vistas como mais difíceis, com menor desenvolvimento cognitivo e motor, têm uma vinculação menos segura com a mãe, reagem mais negativamente ao stress, apresentam maiores dificuldades escolares, são menos competentes socialmente, têm baixa auto-estima, são mais indiferentes à expressão depressiva da mãe e têm maior probabilidade de sofrerem de perturbações psicológicas, nomeadamente, depressão e perturbações comportamentais (Goodman & Gotlib, 1999).

Estes padrões comportamentais tendem ainda a perpetuar-se no 2.º ano de vida. As mães com diagnóstico de depressão têm dificuldade em impor limites à criança de forma adequada, oscilando entre uma grande permissividade e uma grande rigidez. Os problemas de comportamento e as dificuldades na relação com os pares são descritos com maior frequência entre os 18 e os 42 meses, bem como padrões de vinculação de tipo inseguro ou

desorganizado (Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski & Chapman, 1985; Radke-Yarrow, Nottelmann, Martinez, Fox & Belmont, 1992).

A depressão materna foi avaliada juntamente com a ansiedade, nos próximos dois estudos, que observaram os efeitos diferenciais desses indicadores maternos na infância e na adolescência. No primeiro, O'Connor, Heron e Vivette (2002), realizaram um estudo com 7144 grávidas, tendo como objectivo avaliar os efeitos da depressão pós-natal nos problemas comportamentais e emocionais da criança e se estes eram explicados pela ansiedade materna pré-natal, avaliadas durante a gravidez e pós-parto. Os resultados demonstraram que, a ansiedade durante a gravidez e a depressão pós-parto, representam um risco acrescido para a ocorrência de perturbações comportamentais e emocionais nas crianças e actuam de uma forma cumulativa, quando a ansiedade materna aumenta no trigésimo terceiro mês pós-parto.

Num outro estudo O'Connor, Heron, Golding, Beveridge & Glover (2002) também referem que existem fortes ligações entre ansiedade neonatal e problemas comportamentais da criança a partir dos 4 anos, principalmente défices atencionais e de hiperactividade. Por outro lado, quando Allen, Lewinsohn e Seeley (1998) examinaram as relações entre acontecimentos pré e perinatais e os riscos para o desenvolvimento de psicopatologias na adolescência, e observaram que, durante a gravidez, mães que apresentaram problemas emocionais (entre eles, ansiedade e depressão), tiveram filhos com maior probabilidade para desenvolver depressão e perturbações do comportamento na adolescência.

Outro ponto a considerar refere-se ao facto da depressão poder afectar a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe, perante as condições inerentes à contingência das respostas, por isso, ela tenderia a não responder adequadamente à criança (Frizzo & Piccinini, 2005). De acordo com Teti e Gelfand (1991), a forma como as mães com depressão lidam com os seus bebés parece ser indecisa, insensível e confusa, porque pode-lhes faltar as capacidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interacções sensíveis com a criança. Segundo estes autores, o afecto depressivo parece também afectar os processos cognitivos da mãe através da diminuição do seu campo de atenção, prejudicando a sua capacidade para resolver problemas, predispondo-a a défices no seu papel materno.

No fundo, o desenvolvimento equilibrado da criança depende largamente do comportamento parental, ou seja, das estratégias de *coping* e respostas dos pais às necessidades específicas da criança e das intervenções que dirigem a esta (Francisco et al., 2007). Quanto maior for a sensibilidade dos pais, maior equilíbrio terá o desenvolvimento da criança (Francisco et al., 2007). Uma mãe contingente é aquela que responde de modo rápido, consistente e apenas perante certos comportamentos do bebé, em vez de responder indiscriminadamente (Francisco et al., 2007).

Para Pires (1990), a depressão pode, de facto, implicar uma incapacidade ao nível do planeamento e condicionar a sensibilidade materna. Como a mãe se encontra demasiado centrada em si, nas suas preocupações, não está tão disponível para o que a rodeia, incluindo o seu bebé.

Goodman e Gotlib (1999) verificaram que existe uma relação entre a depressão materna e o risco de desenvolver psicopatologia, tendo posteriormente desenvolvido um modelo teórico onde tentavam explicar o risco de transmissão para os filhos de mães com depressão. Estes autores defendem a existência de quatro mecanismos de risco para a transmissão, sendo eles uma maior predisposição genética, existência de mecanismos neurológicos inatos, exposição a comportamentos e afectos negativos das mães e o contexto stressante onde a criança se encontra. Referem, de igual modo, a existência de três moderadores que podem atenuar este risco, sendo eles, a saúde mental paterna e o seu envolvimento com a criança, curso e duração da depressão e características da criança.

Por fim, descreve-se a relação entre depressão materna e interacção materna, incluindo a alteração da actividade eléctrica cerebral no bebé. Dawson e colaboradores (1999) estudaram 99 mães divididas em dois grupos: com diagnóstico de depressão (N = 59) e sem diagnóstico de depressão (N = 40), com filhos de 13 a 15 meses de idade. Concluíram que as mães com depressão mostravam-se menos sensíveis aos sinais de seus filhos. O grau de interacção materna encontrado foi relacionado com a redução de actividade eléctrica cerebral frontal esquerda (região associada com expressão de afectos positivos) nas crianças de mães com depressão, quando comparadas às crianças de mães sem depressão. A actividade cerebral foi avaliada em cinco situações diferentes e a redução da actividade cerebral mantinha-se, mesmo quando as crianças estavam na presença de adultos sem depressão e em situações de interacção positiva.

3.3. Stress

3.3.1. Definição e Principais Modelos

Segundo Ribeiro (2005), o stress é o processo através do qual um organismo responde aos acontecimentos que fazem parte da vida do dia-a-dia, susceptíveis de ameaçar ou de pôr em causa o bem-estar desse organismo. Os agentes que desencadeiam este processo designam-se stressores e são susceptíveis de provocar reacções como medo, ansiedade e hostilidade.

O termo stress assume distintas definições de acordo com o período de tempo em que foi alvo de estudo e os modelos teóricos que o enquadram. Nos anos 50, Selye foi o primeiro

a utilizar o conceito stress na linguagem científica, tendo desenvolvido o Modelo de Síndrome Geral de Adaptação, onde descrevia três fases no processo de stress. A fase inicial, apelidada “estado de alarme”, descrevia um aumento na actividade e ocorria imediatamente após a exposição do indivíduo a uma situação stressante. A segunda foi designada “resistência” e envolvia *coping* e tentativas de inverter os efeitos do estado de alarme. A terceira fase, foi chamada de “exaustão”, alcançada na altura em que o indivíduo repetidamente exposto a uma situação stressante se torna incapaz de mostrar resistência (Ogden, 2000).

No entanto, este modelo conceptualiza o stress como uma resposta automática a um factor de stress externo, excluindo os factores psicológicos e o papel da activação emocional, que os factores de stress podem provocar.

A definição mais comumente aceite foi desenvolvida por Lazarus (1993), que considera que o indivíduo não responde apenas passivamente aos stressores, mas que interage com eles, descrevendo o Stress Psicológico, que inclui quatro conceitos: 1) um agente causal externo ou interno; 2) uma avaliação, que compõe um sistema psicológico ou fisiológico que distingue o que é nocivo do que é benigno; 3) processo de *coping* utilizados pela mente (ou corpo) para lidar com as exigências stressantes; 4) um padrão complexo de efeitos na mente e no corpo, frequentemente referidas como reacções ao stress.

Lazarus distingue na sua teoria dois processos centrais, que determinam a intensidade das experiências de stress numa determinada situação, que são a avaliação cognitiva e o *coping*. A primeira é um processo que dita por que é que determinada situação é percebida como causadora de stress para um indivíduo e o nível de stress que essa situação lhe causa. O *coping* corresponde ao processo de resposta a exigências de stress, no qual os sujeitos tendem a fazer algo para dominar a situação e/ou controlar as suas reacções emocionais à mesma (Lazarus & Folkman, 1984).

Segundo Pereira (2006), a Psicologia da Saúde valoriza os processos psicológicos associados ao stress, em que as cognições têm um papel fundamental. Salienta que não são tanto os acontecimentos que originam o stress, mas o significado que cada pessoa lhes atribui. A construção do significado depende, sobretudo, das experiências passadas, das narrativas individuais e dos recursos físicos e psicológicos de cada um. São essencialmente as estratégias ou mecanismos de *coping* que o indivíduo utiliza que lhe permite lidar adequadamente, ou não, com a situação indutora de stress.

Segundo Ogden (2000), o stress pode ser definido em termos de mudanças psicofisiológicas. Se um acontecimento é considerado como indutor de stress, podem ser desencadeadas mudanças que incluem: excitação do sistema simpático e aumento da libertação de hormonas de stress como as catecolaminas (por exemplo, noradrenalina) e

corticosteróides (por exemplo, cortisol); aumento dos factores físicos, como o ritmo cardíaco, a tensão arterial e o potencial muscular; mudanças nos factores psicológicos, como o aumento do medo, ansiedade e ira, a diminuição na capacidade cognitiva e sensibilidade aos outros. Alguns destes efeitos do stress podem ser encarados como adaptativos, uma vez que preparam o indivíduo para responder, ou como não adaptativos, porque podem ser prejudiciais à saúde.

Segundo Serra (2007), devemos ter em consideração que nem todo o stress é prejudicial para o indivíduo, visto que o que faz mal ao ser humano é localizar-se num dos dois extremos: levar uma vida demasiado monótona, sem estímulos que a enriqueçam ou, o oposto, uma vida com um número demasiado elevado de exigências desgastantes e repetitivas, com as quais o indivíduo não consegue lidar adequadamente, por falta de recursos pessoais ou sociais. Seguindo esta linha de pensamento, Serra distingue dois tipos de stress (benéfico e prejudicial) e respectivas características, que se observam na figura 2.

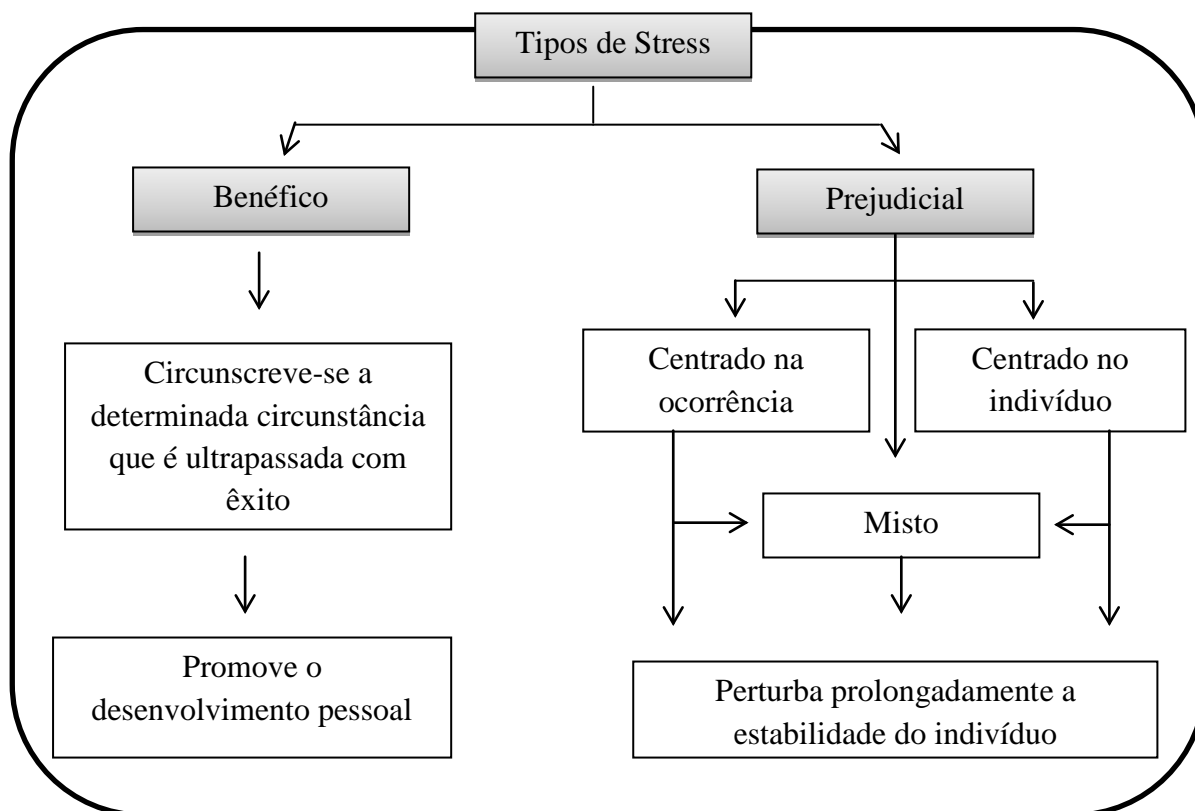


Figura 2. Stress Benéfico e Prejudicial (adaptado de Serra, 2007)

3.3.2. Stress, Gravidez e Maternidade

A maternidade tem sido descrita como uma das transições mais significativas que ocorre na vida do casal, especialmente para a mulher (Caplan, Mason & Kaplan, 2000; Deutsch, Ruble, Fleming, Brooks-Gunn & Stangor, 1988). Como mencionado anteriormente (capítulo 1), esta transição poderá desencadear uma crise, que implicará três dimensões importantes: o

acontecimento precipitante, uma percepção tal do acontecimento que provoca ansiedade e insucesso dos recursos e mecanismos de confronto, do modo a que a pessoa que vive o acontecimento funcione deficitariamente do ponto de vista psicológico, emocional e comportamental (Viana, Guimarães, Maia, Ramos & Mendes, 2005).

Vários modelos têm surgido, com intenção de explicar e intervir perante o stress induzido pelas mudanças familiares. No entanto, um dos primeiros (e até hoje mais utilizado) foi proposto por Hill, que desenvolveu a teoria de stress familiar, a partir do modelo ABC-X (figura 3), que contempla a existência de um conjunto de variáveis, cujo resultado interactivo constitui o motivo da crise familiar, em que: **A** - representa o acontecimento indutor de stress; **B** - significa os recursos que a família possui e que lhe permitem uma maior ou menor funcionalidade; **C** - é o significado que esse acontecimento tem para a família; **X** - traduz a produção da crise ou a capacidade para lidar com a mudança. Por outras palavras, se o acontecimento é grave, se a família tem poucos recursos e se percebe a circunstância como ameaçadora, então a crise ocorre (Wilmoth & Smyser, 2009).

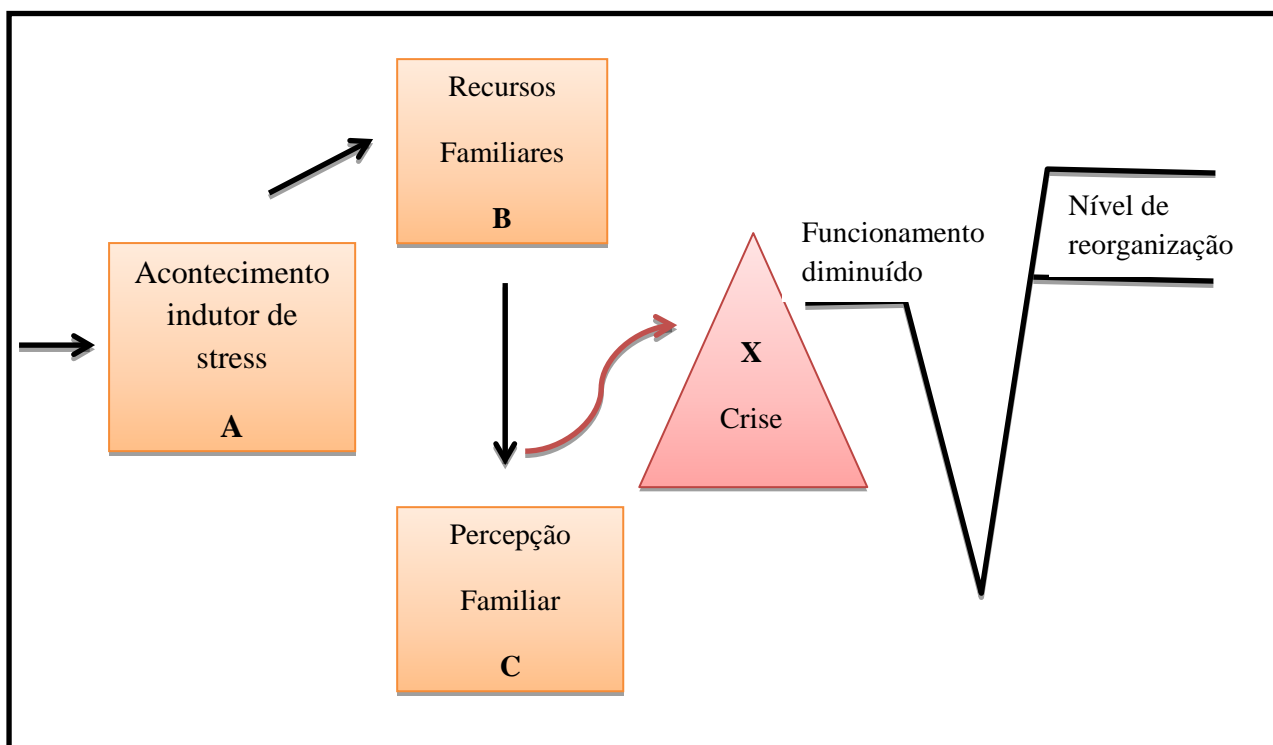


Figura 3. Modelo ABC-X (adaptado de Oliveira, Pedrosa & Canavarro, 2005).

Numa conceptualização mais recente deste modelo, Boss (2002) define stress familiar como “pressão ou tensão sobre o sistema familiar – uma perturbação do funcionamento da família” (página 16). Segundo esta autora, o stress familiar é mediado por dois contextos: um contexto interno, sobre o qual a família tem controlo (eg., valores e crenças familiares, padrões de funcionamento familiar e representações familiares) e um contexto externo, no

qual não existe este controlo, mas que interfere no modo como as mudanças são percebidas e encaradas. Exemplos disso são os contextos culturais, sociais e históricos que circundam a família.

Para Miller e Myers-Walls (1983), a transição para a parentalidade deve ser percebida numa perspectiva desenvolvimental, na qual podemos encontrar indutores de stress específicos em três áreas essenciais:

- **Indutores de Stress Físicos**, que incluem sintomas associados à gravidez (eg., enjoos, náuseas, fadiga); complicações obstétricas; modificações na intimidade e relacionamento sexual do casal; modificações de rotinas; ritmo de sono e vigília; cansaço; e, mesmo, exaustão devido à prestação de cuidados ao bebé.

- **Indutores de Stress Psicológicos**, que englobam características da mãe/pai, tais como a personalidade, atitudes, expectativas e valores, preocupação com a segurança e bem-estar do bebé; características do bebé; diminuição da satisfação e/ou qualidade da relação conjugal; e falta de suporte social.

- **Indutores de Stress Financeiros**, que incluem o acréscimo das exigências financeiras após o nascimento de um filho; possíveis modificações no estilo de vida; preocupações com o futuro da família; e desacordos na família acerca da gestão dos recursos financeiros.

De salientar que o stress familiar na transição para a parentalidade é vivenciado de forma específica pela família. Esta transição complexa e multideterminada pode contribuir para uma sobrecarga sensorial e emocional. Mesmo as mães psicologicamente bem adaptadas podem experimentar consideráveis perturbações psicológicas ao longo da gravidez e após o nascimento do bebé (Campos, 2000; Cowan & Cowan, 1995; Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson & Basham, 1983). Costa, Larouche, Dritsa e Brender (1999) verificaram que as mulheres relataram stress mais elevado no primeiro e terceiro trimestre de gestação.

Segundo Oliveira, Pedrosa e Canavarro (2005), o término de um período de transição, assume geralmente um marco para uma nova (re)organização da vida e pelo desenvolvimento de novos papéis, integradores de uma identidade estável, por isso, a transição para a parentalidade implica novas adaptações pragmáticas e reorganizações relacionais, que poderão implicar stress.

Canavarro e Pedrosa (2005) mencionam que, para a compreensão do processo de stress, é importante considerar as circunstâncias que a própria pessoa avalia como sendo indutoras desse estado, o que implica também a avaliação subjectiva que faz da sua capacidade de controlo dos acontecimentos, das possíveis consequências, dos recursos que dispõe e que pode mobilizar. As autoras salientam, ainda, a importância de aspectos mediadores da

intensidade de stress percebido, como o apoio social disponível, as componentes da resposta evocada pelo individuo (fisiológicas, comportamentais, cognitivas e sociais) e as estratégias implementadas para lidarem com o stress, habitualmente designadas por *coping*.

3.3.3. Quais as implicações do stress durante o período gravídico-puerperal?

Os modelos animais fornecem evidências sólidas de que o stress materno pode ter efeitos negativos sobre o comportamento e desenvolvimento do bebé (Schneider, Moore, Roberts & DeJesus, 2001; Weinstock, 2001); aumento das manifestações de ansiedade, diminuição da interacção social (Silva, 2002) e as pesquisas sobre seres humanos fornecem também fortes indícios de que o stress materno constitui um factor de risco de complicações obstétricas (Cobb, 1976), parto prematuro (Omer, Elizur, Barnea, Friedlander & Palti, 1986), redução do crescimento fetal (Copper et al., 1996), problemas do desenvolvimento e comportamento (Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson & Basham, 1983; Weinstock, 2001), e desenvolvimento de depressão pós-parto (Silva & Botti, 2005; Tavares, 1990).

Weinstock (2001) verificou que o stress pré-natal em ratos pode mimetizar várias alterações do desenvolvimento e comportamento, incluindo a supressão da função imunológica e a sensibilidade aumentada a alérgenos.

Schneider, Moore, Roberts e DeJesus (2001), através da revisão de três estudos prospectivos longitudinais, examinaram os efeitos do stress pré-natal no comportamento neurológico, reactividade ao stress e o desempenho da aprendizagem em macacos Rhesus. Verificaram que os macacos apresentavam atenção reduzida e funcionamento neuro-motor prejudicado durante o primeiro mês de vida em comparação com o grupo de controlo, que incluía uma gravidez tranquila. Quando os macacos foram separados das suas mães ou pares aos 6-8 meses de idade, exibiram comportamento mais perturbados.

Silva (2002), a partir de experiências com animais, verificou que o stress crónico durante a gravidez está associado, nos filhos, ao aumento das manifestações de ansiedade, diminuição da interacção social, diminuição da dopamina, todos eles tipicamente associados à depressão em humanos. Os descendentes nascidos nestas condições, apresentam um eixo hipotálamo supra-renal híper-reactivo, o que manifestamente tem consequências não só psicológicas, mas também endocrinológicas e imunológicas. O mesmo pode suceder quando o stress não ocorre já durante a gravidez, mas sim durante os primeiros dias ou meses de vida.

Relativamente aos estudos com seres humanos, Weinstock (2001) constatou que o stress gestacional pode atrasar a realização de marcos de desenvolvimento, aumentar a incidência de reacções alérgicas e causar perturbações comportamentais nas crianças.

Cobb (1976), no estudo sobre o suporte social, constatou que as mulheres com baixo suporte social na presença de stress apresentam três vezes mais probabilidade de ter complicações durante a gravidez quando comparadas com as que têm um elevado suporte social (91% comparado com 33%).

As evidências recolhidas pela investigação, convergem ao apontar o stress pré-natal percebido pela mãe, como responsável por resultados negativos durante a gestação e pós-parto. Os estudos indicam que as mães expostas a níveis elevados de stress têm maior probabilidade de parto prematuro (Omer, Elizur, Barnea, Friedlander & Palti, 1986).

Copper e colaboradores (1996), num estudo que realizaram com 2593 mulheres grávidas, verificaram que o stress está associado de forma significativa com a ocorrência de parto prematuro espontâneo, atraso do crescimento fetal e baixo peso ao nascer, mesmo após o controlo das características maternas, demográficas e comportamentais.

Muylder (1990) realizou uma revisão da literatura sobre a influência dos factores psicológicos no trabalho de parto prematuro, constatando, a partir da análise de estudos retrospectivos, que os factores psicológicos associados ao parto prematuro eram: número de acontecimentos de vida stressantes, elevado nível de ansiedade, atitude materna durante a gravidez, apoio familiar e maturidade psicológica.

Segundo Tavares (1990), as mulheres com um inadequado suporte social e/ou que apresentam níveis elevados de stress durante a gravidez e pós-parto, encontram-se mais propensas ao desenvolvimento de depressão pós-parto, principalmente se vierem acompanhadas de acontecimentos adversos de vida (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Silva & Botti, 2005), razão pela qual a presença de co-morbilidade de ansiedade e depressão materna são descritas segundo Andrade e Gorenstein (1998) como componentes de um processo de stress psicológico geral.

O stress é, segundo Sá (2004), um dos factores que tem maior interferência na relação de vínculo materno-fetal, sendo considerado um factor determinante no sofrimento fetal.

Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson e Basham (1983), no seu estudo, examinaram as relações entre stress e suporte social perante as atitudes maternas e comportamento de interacção mãe-bebé, tendo verificado que mães com maior stress são menos positivas nas suas atitudes e comportamentos, enquanto que as mães com um maior apoio são significativamente mais positivas. Além disso, o apoio social modera os efeitos adversos do stress sobre a satisfação de vida da mãe e das variáveis comportamentais. O suporte social materno evidencia efeitos significativos sobre o comportamento infantil interactivo.

Lobel, DeVincent, Kaminer e Meyer (2000) procuraram avaliar quais os factores que contribuem para o stress crónico experimentado pela mulher na gravidez, quando associado

ao papel da personalidade, atitudes e expectativas maternas na avaliação e atribuição de significado aos acontecimentos de vida. Tendo verificado que a tendência da mulher avaliar as suas condições de vida como indutoras de stress, poderá afectar a avaliação que faz dos acontecimentos, bem como a sua experiência emocional.

Contudo, Andrews, Tennant, Hewson e Vaillant (1978) mencionam que o suporte social poderá funcionar como mediador dos efeitos de stress, visto que através de um estudo de campo verificaram que 80% das pessoas que, no decurso de acontecimentos de vida indutores de stress, podiam contar com a ajuda e o apoio de familiares e amigos, não apresentavam sinais ou apenas manifestavam sinais leves de perturbação psicológica, enquanto o mesmo já não se passava em 70% dos indivíduos que não podiam contar com tal apoio. Perante este facto, é importante incluir neste trabalho, uma abordagem ao suporte social e a sua possível relação com o período gravídico-puerperal, que será desenvolvido no próximo capítulo.

Em suma,

Podemos tirar algumas ilações desta viagem exploratória em torno dos indicadores psicopatológicos presentes durante a gravidez e pós-parto. A maternidade pode colocar a mulher em risco de desenvolver psicopatologia e muitos são os factores que influenciam o aparecimento de dificuldades psicológicas na gravidez e no puerpério, em particular perturbações de ansiedade, depressão e stress. A promoção da saúde na gravidez e maternidade visa a melhoria da qualidade de vida em toda a sua complexidade, por isso, deve-se ter em consideração os grupos de risco, ou seja, os indivíduos que apresentam maior vulnerabilidade.

É importante avaliar sintomatologia psicológica que possa estar associada ao período gestacional, bem como identificar factores protectores, tais como, o suporte social, que poderá permitir amortecer o impacto dos acontecimentos stressantes da vida da gestante. Enfim, diante das evidências das repercussões da ansiedade, depressão e stress na mulher para a interacção familiar e as delicadas transformações inerentes ao processo de construção da maternidade, é muito importante que os psicoterapeutas e os demais profissionais da área da saúde atentem cada vez mais para a necessidade de se intervir precocemente nessas situações.

Em suma, todas as investigações salientam o facto da ansiedade, a depressão e o stress constituírem variáveis que podem perturbar o nível do ajustamento à gravidez e ao puerpério. De facto, são domínios que devem ser trabalhados no período gestacional, como forma de potenciar a qualidade de vida da mulher, do feto/bebé e do companheiro. Por isso, torna-se necessário trabalhar com a díade de forma a promover a resiliência e diminuir a morbidade psicológica ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Capítulo 4 – Suporte Social

O Suporte Social assume “o apoio prestado ao indivíduo na mobilização dos seus recursos psicológicos de modo a permitir-lhe a gestão dos seus problemas emocionais, a partilha de actividade e a prestação de ajuda material”
(Ornelas, 1994, p.333).

4.1. Definição e Principais Modelos Teóricos sobre Suporte Social

O conceito de suporte social e redes de apoio tem sido considerado por diferentes autores. Segundo Canavarro (1999), constitui um processo interpessoal que pode produzir resultados positivos, diminuindo o grau de stress sentido e contribuindo para o bem-estar global do indivíduo. Desta forma, o suporte da rede de apoio é fundamental à família e ao indivíduo, confrontados com transições normativas (a transição da conjugalidade para a parentalidade) e não normativas no processo do ciclo de vida (Dessen & Braz, 2000).

De acordo com Bergeman, Plomin, Pedersen, McClearn e Nesselroade (1990), o apoio social é um termo abrangente, que se refere à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem o indivíduo, à força dos laços estabelecidos, à frequência do contacto e ao modo como é percebido que um sistema de apoio pode ser útil e disponível a prestar cuidados quando é necessário. No entanto, é fundamental sublinhar que a existência de uma rede social não é sinónimo da existência efectiva de apoio (Guadalupe, 2010).

Thoits (1982) define suporte social em função do grau de satisfação das necessidades sociais básicas, obtida através da interacção com os outros. Estas necessidades incluem, afecto, estima, pertença, identidade e segurança e são satisfeitas através da ajuda emocional e instrumental; sendo que a primeira engloba a compensação, o afecto e a estima e a segunda, o aconselhamento, a informação e a assistência material. Por seu lado, Turner (1981) sugere que o suporte social e os recursos, apesar de relacionados, deverão ser analisados como conceitos distintos. O suporte social deve ser entendido mais como uma experiência pessoal, do que um conjunto objectivo de interacções e de trocas. O que é importante é o grau em que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido (Ornelas, 2008).

Segundo Barrera (1986), o suporte social subdivide-se em três categorias gerais: o envolvimento social, o suporte social percebido e o suporte activo. O envolvimento social refere-se, às ligações significativas que o indivíduo mantém com os outros no meio social, pelo que estar-se socialmente envolvido é um factor essencial no sentido psicológico de pertença a uma comunidade. O suporte social percebido caracteriza-se pela satisfação

obtida nas relações com os outros e engloba duas dimensões: a percepção do suporte disponível e a assertividade dos laços de suporte. O suporte activo, consiste nas acções desempenhadas pelo indivíduo na prestação de apoio aos outros, ou seja, avalia o que os indivíduos concretamente realizam quando prestam suporte, sendo desencadeado, quando o indivíduo está perante uma situação adversa ou situações agudas de stress.

Lin (1986) identifica três possíveis fontes de suporte social: (1) das pessoas íntimas e de confiança, que proporcionam um sentimento de compromisso. Este sentimento leva a pessoa a aceitar uma série de normas de reciprocidade e ter uma preocupação pelo bem-estar dessas pessoas próximas; (2) da rede social, que confere um sentimento de vinculação com outras pessoas; e (3) da comunidade, que envolve um sentimento de pertença a uma estrutura social ampla. No entanto, apesar de todas serem provedoras de suporte social, o seu efeito no bem-estar é diferente (Espinosa, Ochoa, Olaizola & Martínez, 2004).

Serra (2007) agrupou o apoio social em seis tipos, que se encontram dispostos no quadro 3.

Quadro 3

Tipos de Suporte Social

Tipo de Suporte	Descrição
Afectivo	Leva a que uma pessoa se sinta estimada e aceite pelas outras apesar dos seus defeitos, erros ou limitações.
Emocional	Corresponde aos sentimentos de apoio e de segurança que um indivíduo pode receber.
Perceptivo	Leva o indivíduo a fazer uma avaliação mais correcta do seu problema, lhe dê outro significado e estabeleça a tomada de decisão.
Informativo	Exemplificado pelas informações e conselhos respeitantes às tomadas de decisão.
Instrumental	Consiste na ajuda concreta que um indivíduo recebe, em termos materiais ou de serviços, que resolve determinado problema. Este tipo de apoio só é útil, se o que se dá ou se empresta for suficiente e estiver em boas condições. Na prestação de serviços está só é útil se for realizada com competência.
Convívio Social	Leva uma pessoa a ter, junto de outras, actividades de lazer ou culturais, que não só a distraem como a podem aliviar das tensões acumuladas no dia-a-dia e a faz sentir parte integrante de uma determinada rede social.

Segundo Vidal (1996), as redes de apoio podem ser caracterizados dimensionalmente, em três categorias: estrutura (compreende factores como tamanho e densidade); conteúdo (refere-se à natureza da relação, na qual se formam os laços afectivos); e a função (diz respeito à natureza das interacções ou transacções entre os elementos que constituem a rede).

4.2. Suporte Social associado à Gravidez e Maternidade

As pessoas que compõem a rede social e as funções que exercem mudam de acordo com o contexto sócio-cultural, o tempo histórico e do desenvolvimento do indivíduo e da família enquanto grupo (Dessen & Braz, 2000). Um dos momentos em que se verificam alterações nesta rede é quando a família passa por transições decorrentes do nascimento de filhos. Com a chegada de um novo elemento, são exigidas da família novas estratégias para lidar com as tarefas de desenvolvimento, capacidade de adaptação para receber o bebé e capacidades para administrar as necessidades emergentes do sistema. Uma das tarefas dos progenitores, nesse período, é procurar o equilíbrio do sistema familiar (Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2005; Ritter, Hobfoll, Lavin, Cameron & Hulsizer, 2000).

Andreani, Custódio e Crepaldi (2006) consideram que o nascimento de um filho é um acontecimento que acarreta mudanças para a vida do casal que requerem a adaptação da mulher e da família, que poderá incluir entre outras, os cuidados ao bebé e mudanças na interacção conjugal. A resposta da mulher a estas mudanças é influenciada, tal como já menciona anteriormente, por factores individuais, familiares, ambientais e sócio-económicos. Um dos factores mais importantes que influencia o bem-estar da mulher neste período é o apoio que ela recebe daqueles que a rodeiam, principalmente do pai do bebé (Dunkel- Shetter, Sagrestano, Feldman & Killingsworth, 1996).

De acordo com Sluzki (2006), o suporte social afigura importante relevo, na medida em que influencia a auto-imagem do indivíduo e é central para a experiência de identidade e competência, em particular na atenção à saúde e adaptação em situações de crise. Perante esta situação, um adequado suporte social nos períodos de gravidez e puerpério, favorece um maior controlo do ambiente e autonomia, fornecendo esperança, apoio e protecção à mulher (Coutinho, Baptista & Morais, 2002). O sentido de competência da mãe está relacionado com o suporte emocional, em particular do companheiro, assim como com a divisão de tarefas nos cuidados ao bebé. As mães com maior suporte social adaptam-se mais facilmente ao novo papel (Feldman, 2000; Goldstein, Diener & Mangelsdorf, 1996; Graham, Fischer, Crawford, Fitzpatrick & Bina, 2000; Mercer & Ferketich, 1994).

Como período de transição, a gravidez implica não só um elevado número de mudanças, algumas de carácter negativo como *stress* e mal-estar, o que pode contribuir para uma maior necessidade de apoio e proximidade dos outros (Geller, 2004). Visto que esse apoio percebido e recebido pelas pessoas, auxilia na manutenção da saúde mental e no enfrentar de situações de stress. Esse apoio é importante para a adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos, devendo ser oferecido de acordo com as necessidades de cada sujeito (Viera, Mello, Oliveira & Furtado, 2010).

Segundo Correia (1998), o apoio familiar e social oferecido pelos familiares e amigos à mulher grávida, tem-se vindo a perder. Para a autora, o contacto, as vivências e a proximidade com os mais velhos (eg., mães, avós, tias e vizinhas), portadoras e transmissores de sabedoria, proveniente das suas próprias experiências, tem-se alterado em favor de casais organizados com recursos a informação de fácil acesso e mais sistematizada.

4.3. Benefícios do Suporte Social na Gravidez e Maternidade

O apoio social durante a gestação exerce influências benéficas no comportamento e emoções da mulher grávida, assim como é benéfico para a nova mãe, principalmente nos primeiros meses após o nascimento do bebé, acontecimento que geralmente causa insegurança na mulher devido às várias mudanças que ocorrem na sua vida (Rapoport & Piccinini, 2004). Além disso, com o nascimento do bebé, a mulher deixa de ser o centro de sua própria vida, tendo que colocar o bebé nessa posição (Rapoport & Piccinini, 2006).

Stern (1997) refere-se ao suporte emocional prestado aos pais na transição para a parentalidade, como uma rede maternal, necessária para as mães, com a função de protegê-las fisicamente, cuidar das suas necessidades vitais, afastá-las da realidade externa, para que elas possam ocupar-se do seu bebé. Outra função desta rede, segundo o autor, é instruir a mãe e ajudá-la nas tarefas que aquele momento acarreta. Nestas condições a mulher poderá alcançar bons resultados nas tarefas de manter o bebé estável, crescendo e desenvolvendo-se fisicamente, ao mesmo tempo que se envolve emocionalmente com o filho, para poder amá-lo, identificando-se com ele e sendo sensível para melhor responder as suas necessidades.

Graziani e Swendsen (2007) consideram que o suporte social pode moderar os efeitos das condições de stress, aumentar os benefícios para a saúde e proteger da doença. Assim, o suporte social pode, por vezes, ser conceptualizado como um recurso de *coping*, visto que se afigura como um moderador muito importante e complexo que engloba a totalidade das relações interpessoais de um indivíduo, proporcionando-lhe um laço afectivo positivo, uma ajuda prática e um reforço em termos de informação quanto à situação ameaçadora.

Deste modo, o bem-estar individual pode estar relacionado com um conjunto alargado de redes de suporte que tendem a conduzir a sentimentos de auto-estima e adaptação. Se a adaptação pode ser influenciada pela acessibilidade a recursos sociais, então, os programas que ajudem os indivíduos e as comunidades a fortalecer os seus sistemas de suporte social, podem aumentar as suas competências e diminuir as disfunções psicológicas (Ornelas, 1997).

O suporte social também tem vindo a ser associado a diversas variáveis, tais como, competência pessoal, estratégias de *coping*, percepção de controlo e bem-estar psicológico. Os estudos têm evidenciado que o suporte social poderá ser um factor de redução de diversas perturbações psicológicas/psiquiátricas, como é o caso da ansiedade e depressão (Cutrona & Troutman, 1986; Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997; Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha & Morgado, 1996).

Costa e Ludermir (2005) descrevem que sentir-se amado e ter amigos íntimos está relacionado com baixos níveis de ansiedade, depressão, somatizações e menores efeitos dos acontecimentos de vida indutores de stress. Segundo Barrón (1996), as pessoas que sofrem destas patologias têm, de uma forma geral, redes mais pequenas e menos reciprocas com aqueles que permitem cumprir as principais funções de suporte social.

O suporte social actua, também, como um factor relevante para a adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos. Crittenden (1985), visando estudar as correlações entre as redes sociais, a qualidade do cuidado à criança e o desenvolvimento infantil, observou 121 díades mãe-criança, através do procedimento da “Situação Estranha”. Os resultados do seu estudo mostraram que os padrões maternos de suporte social estavam relacionados com a segurança da criança nas relações de vinculação.

Jennings, Stagg e Connors (1991) entrevistaram 44 mães sobre as suas redes sociais, redigiram um diário dos seus contactos com os membros da rede e foram observadas em interacção com as crianças de 4 anos de idade, numa sessão de brincadeira, tendo-se verificado efeitos benéficos do suporte social, recebido por mães que apresentaram comportamentos mais adequados em relação às suas crianças.

Os autores definiram dois tipos básicos de rede social das mães: (a) rede pessoal, que corresponde a todas as pessoas que a mãe considera importantes na sua vida, incluindo o companheiro e outros membros da família nuclear (b) e rede maternal, que inclui as pessoas que a mãe considera importantes para o desempenho do seu papel materno, como aquelas com as quais ela conversa sobre a criança e que cuidam da mesma. Os resultados mostram que as mães que relataram níveis mais elevados de satisfação com as suas redes de apoio pessoais e tinham redes maternais mais extensas, emitiram mais comportamentos maternais considerados

adequados. Por outras palavras, essas mães eram menos intrusivas e controladoras, e estabeleciam relações mais satisfatórias com os filhos (Jennings, Stagg & Connors, 1991).

4.4. Estudos no âmbito do Suporte Social no contexto da Gravidez e Maternidade

Diversos são os estudos que enquadram o suporte social na transição para a parentalidade, principalmente no que se refere ao elemento feminino do casal. Rapoport e Piccinini (2004) afirmam que mães com suporte social mais consistente e que, podem ter as suas necessidades emocionais disponíveis, tendem a solicitar mais apoio para elas próprias, bem como manter uma interacção mais sensível com o bebé. Estes autores enfatizam, ainda, a intensa vivência psíquica das mães, onde desejo, culpa, medo e ansiedade se misturam, fazendo-as sentir muito isoladas dentro do seu sofrimento.

Segundo Sarason, Levine, Basham e Sarason (1981), as pessoas que ao longo da infância tiveram um bom suporte social costumam revelar, em adultos, um melhor ajustamento e uma melhor auto-estima e parecem não só experimentar um maior número de acontecimentos positivos na sua vida, como a encaram de forma mais optimista. Para Crockenberg (1981), há uma clara associação entre o apoio social e a segurança de vinculação, sendo que a sua escassez é associada, à resistência, evitamento e vínculo ansioso.

Vanderlinde, Borba e Vieira (2009) mencionam que, de entre os elementos que transmitem apoio emocional, as mães consideram o apoio dos companheiros como o mais importante. Este dado é também partilhado por um estudo realizado por Dessen e Braz (2000), que descreve as transformações na rede de apoio durante transições decorrentes do nascimento de filhos, no qual participaram 15 pais de nível sócio-económico baixo e suas respectivas companheiras, divididas em dois grupos (A- mães grávidas e B- mães com bebés até seis meses). Verificaram que, de entre os familiares, o companheiro foi apontado como a principal fonte de apoio, estando em segundo lugar, as avós maternas.

Os autores indicam, ainda, que tanto os pais, quanto as mães consideram os avós importantes para a família, quer porque prestam apoio psicológico e/ou se preocupam com a família, quer porque ajudam nas necessidades materiais e financeiras e/ou contribuem com a experiência de vida para resolver situações difíceis. Encontraram-se diferenças significativas nos relatos dos pais dos Grupos A e B. No Grupo A consideraram primordial o apoio psicológico recebido dos avós. No Grupo B, a ajuda material/financeira oferecida pelos avós foi considerada mais importante que o apoio psicológico (Dessen & Braz, 2000).

Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer e Cameron (1995), perante uma amostra de 192 mulheres avaliadas durante a gravidez e pós-parto, verificaram que os baixos níveis de

suporte social contribuem para a depressão pós-parto, nomeadamente entre mulheres sem companheiro. Um outro estudo conduzido por Zimet, Dahlem, Zimet e Farley (1988) verificou que, de um modo geral, elevados níveis de percepção de suporte social estão associados a baixos níveis de depressão e ansiedade.

Os resultados de uma investigação realizada por Pereira, Santos e Ramalho (1999) revelam que, quanto melhor é o relacionamento conjugal menor é a sintomatologia psicológica. Assim, segundo os autores, a adaptação à gravidez parece estar também associada aos recursos de *coping*, suporte social e à qualidade do relacionamento conjugal das grávidas. Os resultados obtidos sugerem que, níveis reduzidos nestas variáveis criam na grávida, uma vulnerabilidade física e psicológica e que o sentido de coerência parece ter um efeito mediador nos factores de risco para a saúde física e psicológica da mulher.

Os estudos apontam a qualidade do suporte do companheiro como fonte de apoio primordial para a mulher (Ritter et al., 2000). Uma diminuição da qualidade da relação conjugal entre o início da gravidez e o pós-parto é encontrada frequentemente. Observa-se a diminuição da proximidade, da comunicação e dos sentimentos amorosos e um aumento dos conflitos, das atitudes negativas para com a sexualidade e da ambivalência entre o casal, factores que conduzem a uma diminuição da satisfação conjugal. Na gravidez, os conflitos, o apoio desadequado e a diminuição da intimidade conjugal têm sido consistentemente associados ao surgimento de perturbações psicopatológicas, particularmente após o parto (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993).

Para Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Pacheco e Magarinho (2006), a qualidade do relacionamento da grávida com o companheiro depende de circunstâncias diversas. A literatura tem considerado numerosos factores, de onde se destaca que as grávidas que relatam maior satisfação conjugal são geralmente adultas, primíparas, planearam a gravidez, recordam a relação dos próprios pais como harmoniosa, têm estilo seguro de vinculação, têm menor probabilidade de apresentarem depressão, tal como o companheiro.

Em suma,

O suporte social recebido relaciona-se com diversos indicadores de adaptação, como por um aumento no recurso a estratégias activas para lidar com as exigências impostas pela vida ou para a avaliação das situações como sendo mais controláveis e, particularmente, com a adaptação à parentalidade. O suporte social pode ser compreendido, ainda, como um processo de interacção entre pessoas ou grupos, que por meio do contacto sistemático estabelecem vínculos de amizade e de informação, recebendo apoio material, emocional e afectivo, contribuindo para o bem-estar recíproco e construindo factores positivos na prevenção e manutenção da saúde. O suporte social realça o papel que os indivíduos podem desempenhar, na resolução de situações quotidianas num momento de crise, como ocorrem nesta fase de transição da vida do indivíduo.

Perante a revisão da literatura realizada sobre esta temática, poder-se-á relatar que o suporte social pode prevenir o desenvolvimento de perturbações mentais nos indivíduos, definindo-o como um conjunto de mecanismos através dos quais as relações interpessoais protegem, presumivelmente, o indivíduo dos efeitos do stress. Ou seja, factores psicossociais como o apoio da rede social, podem ter uma função amortecedora sobre os estados emocionais negativos na saúde mental e física do indivíduo, principalmente para as mães durante a gravidez e puerpério.

Assim, a mulher que considera dispor de recursos sociais, materiais e emocionais para enfrentar uma situação, neste caso específico a transição para a maternidade, pode não considerar como factores indutor de stress uma conjuntura que tendemos a classificar como tal. Em resumo, o suporte social pode prevenir o stress, na medida em que faz com que as experiências sejam avaliadas como menos ameaçadoras, ou proporcionar recursos de *coping*, uma vez tendo surgido a reacção de stress. Assim, o suporte social melhora o *coping*, modera o impacto das situações que envolvem maior stress e promove a saúde do indivíduo.

PARTE II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Capítulo 5 - Estudo Exploratório

5.1. Justificação do Estudo

O interesse pelo estudo desta temática surgiu durante o estágio curricular que decorreu na Unidade Maternidade Júlio Dinis, no Porto, que permitiu contactar com a realidade de diferentes áreas e problemáticas relacionadas com a gravidez e maternidade. Assim, este estudo pretende contribuir para a identificação de indicadores psicopatológicos, como sintomas de ansiedade, depressão e stress que possam interferir na vinculação estabelecida entre mãe e bebé, durante o período pré e pós-natal.

A investigação sugere que os sintomas de ansiedade, depressão e stress poderão estar associados ao período gestacional, tornando-se importante investigar qual a possível relação destes factores na vinculação estabelecida entre mãe e bebé. É igualmente relevante perceber qual a importância que o suporte social poderá assumir para a vinculação materna estabelecida e para o bem-estar psicológico destas mulheres.

Adicionalmente procuramos estudar o papel que algumas variáveis sócio-demográficas, obstétricas e psicossociais podem estar relacionadas com estes indicadores psicopatológicos. Neste sentido, parece-nos importante conduzir este estudo exploratório de forma a obter um maior conhecimento sobre esta temática. Seguir por este caminho é importante para que se gere informação actual, mas também para que no futuro se possa actuar na prevenção e numa intervenção eficaz.

Tendo em consideração a justificação e pertinência do tema, formulou-se uma questão de pesquisa, que constitui o guia do presente estudo: Qual a relação da psicopatologia ansiosa, depressiva e stress e o vínculo materno estabelecido com o bebé durante a gravidez e pós-parto?

5.2. Desenho da Investigação

Nesta investigação adoptou-se um desenho do tipo exploratório e a sua concretização no tempo descreve um estudo transversal. O desenho é do tipo quantitativo, visto que se trabalha com dados estruturados, tendo como objectivo principal aprofundar o conhecimento sobre factos, fenómenos ou comportamentos.

Para Gil (1991), os estudos exploratórios constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla, pois visam proporcionar uma maior familiaridade com o problema para torná-lo explícito ou para construir hipóteses. Para Vergara (1998), pela sua natureza, a

investigação exploratória, não comporta hipóteses que, todavia, podem surgir durante ou no final da pesquisa.

Com este estudo pretende-se relacionar efeitos de variáveis, apreciar interações e diferenciar grupos - durante a gravidez/após o parto, pelo que, o desenho da investigação é simultaneamente analítico e observacional de comparação entre grupos. Assim, assume-se que as variáveis principais são os indicadores psicopatológicos (sintomas de ansiedade, depressão e stress), a vinculação materna e o suporte social. Por sua vez, são consideradas variáveis secundárias: sócio-demográficos (a idade, estado civil, escolaridade e profissão), história obstétrica (gravidez planeada, desejada, sua aceitação e tempo da respectiva gestação/puerpério), história obstétrica antecedente (gravidez anterior, número de filhos, abortos espontâneos, interrupções médicas de gravidez e partos prematuros) e, por fim, a história psicopatológica antecedente (perturbação depressiva, perturbação de ansiedade e toma de medicação psiquiátrica).

5.3. Questões de Investigação e Objectivos do Estudo

Apresenta-se de seguida as questões de investigação que pretendemos averiguar com a concretização deste estudo:

- A) Em que medida o grupo de mães na fase de gestação (Grupo 1) e o grupo composto por mães na fase do pós-parto (Grupo 2) se diferenciam em função da vinculação?
- B) Em que medida a idade, estado civil e escolaridade da mulher estabelecem ligação com a vinculação mãe-bebé?
- C) Qual a relação entre a história obstétrica (gravidez anterior, aborto espontâneo, parto prematuro e gravidez planeada, desejada e sua aceitação) e os indicadores de ansiedade, depressão e stress?
- D) Em que medida a história prévia de perturbação depressiva e perturbação de ansiedade estabelecem ligação com os indicadores de ansiedade, depressão e stress?
- E) Qual a relação que o suporte social e os indicadores de ansiedade, depressão e stress estabelecem entre si?
- F) Qual a relação entre suporte social e a vinculação mãe-bebé?
- G) Qual o papel dos indicadores de ansiedade, depressão e stress na vinculação materna?

O objectivo geral desta investigação é avaliar a associação entre suporte social e a sintomatologia depressiva, ansiosa, stress e a vinculação estabelecida entre mãe e bebé. Pretende-se, igualmente, comparar o grupo de mães grávidas com o grupo de pós-parto relativamente à vinculação materna estabelecida.

Passamos de seguida a apresentar os objectivos específicos que compõem este estudo, que vão ao encontro das questões e do objectivo delineados anteriormente, tendo por base o total da amostra e os dois grupos (pré e pós-natal) que a constituem:

- 1: Pretende-se analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 1 e grupo 2 quanto à vinculação materna.
- 2: Pretende-se analisar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sócio-demográficas (idade e escolaridade) e a vinculação materna. Assim como uma diferença estatisticamente significativa entre o estado civil e a vinculação.
- 3: Pretende-se analisar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis obstétricas (gravidez anterior, aborto espontâneo, parto prematuro e planeamento, desejo e aceitação da gravidez) e os indicadores de ansiedade, depressão e stress.
- 4: Pretende-se analisar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre antecedentes de perturbação depressiva e perturbação ansiosa e os indicadores de ansiedade, depressão e stress.
- 5: Pretende-se analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o suporte social e os indicadores de ansiedade, depressão e stress.
- 6: Pretende-se analisar se o suporte social apresenta uma relação estatisticamente significativa com a vinculação materna.
- 7: Pretende-se analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre os indicadores de ansiedade, depressão e stress e a vinculação mãe-bebé.

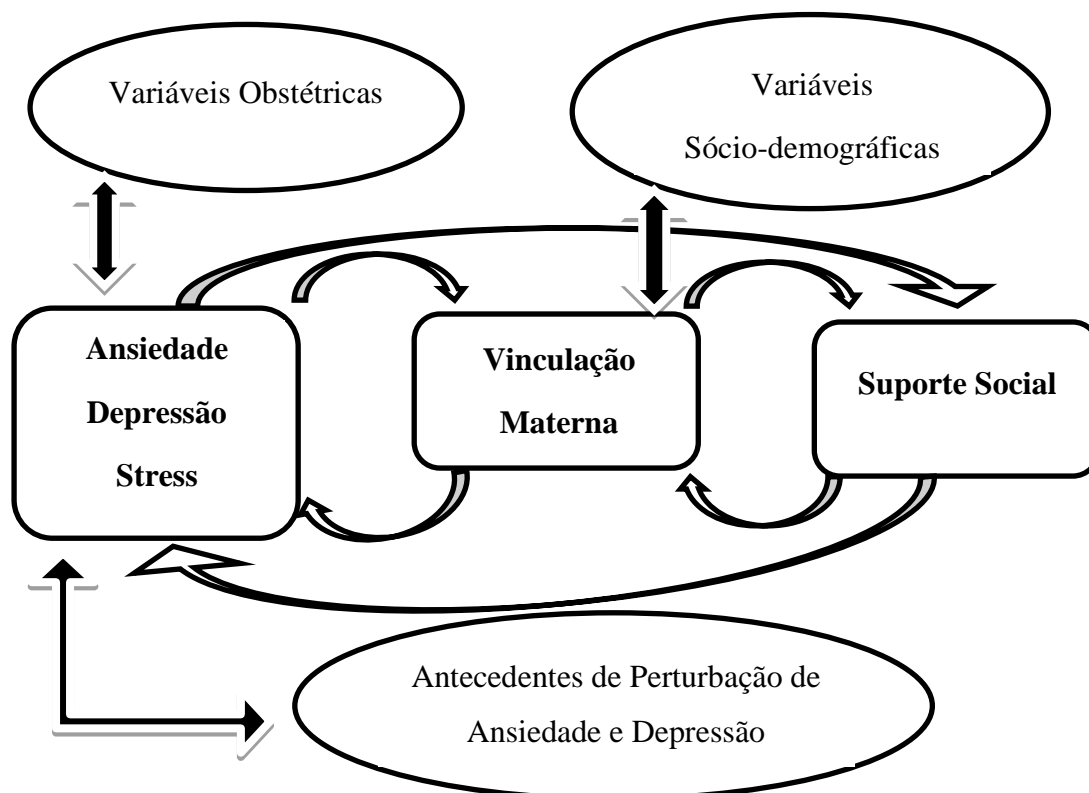


Figura 4. Relação entre as variáveis em estudo

5.4. Método

5.4.1. Participantes

Os participantes que compõem este estudo constituem uma amostra não aleatória, por conveniência. Pretendeu-se avaliar uma amostra de utentes do Centro de Saúde de Rio Tinto, Gondomar, do sexo feminino, com idade igual ou superior a 18 anos, que cumpram as seguintes condições: 1) serem mães-expectantes entre às 5 e 40 semanas de gestação; 2) serem mães na fase do pós-parto - primeiros 12 meses após o parto; 3) que aceitem participar no estudo e assinem o consentimento informado.

Deste modo, fizeram parte deste estudo 100 participantes, das quais 50 se encontram no período gestacional, entre as 5 e 39 semanas ($M=26,56$; $DP=9,145$) e os restantes na fase do pós-parto, entre 1 e 12 meses ($M=6,58$; $DP=3,928$). A faixa etária das mães na amostra total está compreendida entre os 19 e os 42 anos ($M=29,04$; $DP=5,278$). Relativamente ao estado civil, 78% da amostra é casada ou vive em união de facto, 20% é solteira e 2% encontra-se divorciada ou separada do companheiro. Na escolaridade, verifica-se que 45% da amostra completou 12 anos de frequência com sucesso escolar; 35% com mais de 12 anos de frequência escolar; e 10% com 9 anos.

No Grupo pré-natal a faixa etária está compreendida entre os 19 e os 38 anos ($M=28,56$; $DP=4,656$). No que diz respeito ao estado civil, 24% é solteira e 76% é casada ou vive em união de facto. Quanto ao nível de escolaridade, verifica-se que 52% das mulheres que compõe este grupo completou 12 anos de frequência escolar e que 24% com 17 anos de frequência. No grupo pós-natal, constatou-se uma média de 29,52 com um desvio padrão de 5,842, em que as idades estão compreendidas entre os 19 e os 42 anos. No estado civil, 80% das mulheres é casada ou vive em união de facto; 16% é solteira e 4% é divorciada/separada. No nível de escolaridade, 38% completou 12 anos de escolaridade; 22% cumpriu 17 anos; e 14% com 9 anos de formação académica completa.

No que concerne à história obstétrica actual, as mulheres que compõem a amostra têm na sua maioria uma gravidez planeada (79%), desejada (99%) e aceitam a mesma (99%), sendo estes factores enquadrados pelo casal. Em relação à história obstétrica antecedente, 64% das mulheres são primigestas, enquanto que 36% são múltiparas, sendo que 22% teve uma gravidez, 10% duas e 4% teve uma terceira gestação. Nesta amostra 41% das participantes não tem filhos, 43% tem um filho, 14% dois filhos e apenas 2% apresenta a existência de três filhos.

Das 100 participantes que compõem este estudo, dezoito relatam a existência de um aborto espontâneo, uma de interrupção voluntária de gravidez, três de uma interrupção médica

de gravidez e oito mulheres relatam partos prematuros. Finalmente, analisa-se a história psicopatológica, na qual 15 participantes descrevem antecedentes de perturbação depressiva, que apresenta uma variação no tempo de 2 a 11 anos atrás. As perturbações de ansiedade são mencionadas por 16 elementos da amostra total, estando o tempo descrito entre 1 a 11 anos atrás. Nesta população de participantes, 12 mulheres indicam a toma de medicação psiquiátrica, da qual 3 de ansiolíticos, 5 de antidepressivos e 4 de ambos.

5.4.2. Material

Neste estudo foram administrados quatro instrumentos. São eles o Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos, a Escala de Vinculação Pré-natal e Pós-natal, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), que serão de seguida descritos e analisados:

Questionário de Dados Sócio-Demográfico e Clínico

Foi desenvolvido especificamente para esta investigação, sendo composto por questões nas quais se abordam características importantes acerca da participante, para o estudo em causa. Nos dados sócio-demográficos pretende-se obter informação acerca da idade, estado civil, naturalidade, nacionalidade, escolaridade, profissão, profissão do cônjuge/companheiro e agregado familiar. Quanto aos dados clínicos, consta do questionário a história obstétrica actual (gravidez planeada, gravidez desejada, aceitação da gravidez, tempo de gestação), a história obstétrica antecedente (abortos espontâneos, parto prematuro, número de filhos) e a história psicopatológica antecedente (perturbação depressiva, perturbação da ansiedade, medicação psiquiátrica) (cf. anexo D).

Escala de Vinculação Pré-natal e Pós-natal

A Escala de Vinculação Pré-natal (cf., anexo E) foi desenvolvida por Condon, em 1993, na sua versão original e foi adaptada para a população Portuguesa por Gomez e Leal, em 2007, tendo o objectivo de avaliar a vinculação das mães, focando especificamente sentimentos, atitudes e comportamentos dirigidos ao feto.

Os itens da escala foram inicialmente desenvolvidos a partir de entrevistas com casais expectantes australianos, a que se seguiu a construção de questionários preliminares que foram testados em vários grupos de progenitores. Inclui amostras de cada trimestre da gravidez e de mães quer casados ou em união de facto com o companheiro, quer separadas (Gomez & Leal, 2007).

A versão final deste instrumento é constituída por 17 itens de auto-relato, que se distribuem equitativamente por 2 sub-escalas que se reportam às seguintes dimensões: qualidade da vinculação e intensidade da vinculação. A primeira, representa a qualidade das experiências afectivas e inclui sentimentos positivos de proximidade, ternura, prazer na interacção, tensão perante a fantasia de perda do bebé e conceptualização do feto como uma “pessoa pequena”. A segunda, representa a força e a intensidade da preocupação com o feto, isto é, o grau em que o feto ocupa um lugar central na vida emocional da progenitora. Inclui a quantidade de tempo passado a pensar, falar e sonhar sobre o feto, bem como a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências (Camarneiro & Justo, 2010).

Na escala, cada item é o início de uma afirmação com cinco opções de resposta para completar a frase e pontuam numa escala tipo Likert, que varia entre 1 (mínimo) e 5 (máximo), sendo necessário em muitos casos proceder à sua inversão (itens: 1, 3, 5, 6, 7, 9, 13, 14, 16). Os totais de cada sub-escala são obtidos através da soma dos respectivos itens. Genericamente, notas mais altas indicam um estilo de vinculação mais positivo. O preenchimento demora cerca de cinco minutos. É apropriada para mães com e sem filhos prévios. Relativamente às qualidades psicométricas, a versão portuguesa apresenta medidas de fidelidade e validade aceitáveis, evidenciando bons indicadores de consistência interna e de estabilidade teste-reteste (Gomez & Leal, 2007).

A Escala de Vinculação Pós-natal (cf., anexo F) foi desenvolvida especificamente para o presente estudo, a partir da versão pré-natal anteriormente mencionada (após o pedido de autorização ao autor), a qual teve na sua criação o contributo da Prof. Dr.^a Isabel Silva (Docente da Universidade Fernando Pessoa) e da Dr.^a Himali Bachu (Psicóloga na Unidade Maternidade Júlio Dinis). De forma a verificar a compreensão das questões e respectivas respostas, foi realizada uma análise cognitiva com duas mães, no qual se verificou não existirem dificuldades ou problemas de interpretação.

No estudo realizado e após a análise das qualidades psicométricas destes dois instrumentos, verificou-se que a escala AEAS pré-natal apresenta um Alpha de Cronbach de 0,67, o que indica uma aceitável consistência interna. Por sua vez, no que diz respeito à escala pós-natal, esta apresenta uma boa consistência interna, com um valor Alpha de Cronbach de 0,74.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (cf., anexo G), é uma adaptação da *Depression Anxiety Stress Scales*, desenvolvida por Lovibond e Lovibond, em 1995, e aferida à população portuguesa no estudo de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Tem o

objectivo de avaliar três dimensões distintas, através das sub-escalas ansiedade, depressão e stress (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Lovibond e Lovibond (1995) caracterizaram as três escalas do seguinte modo: a depressão, principalmente pela perda de auto-estima, de motivação e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para a indivíduo. A ansiedade, salienta as ligações entre estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O stress, sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Segundo Lovibond e Lovibond (1995), as escalas foram desenvolvidas de modo que os factores começaram por ser definidos em termos de consenso clínico e por isso cada escala contém vários conceitos:

Depressão - disforia (item 13), desânimo (item 10), desvalorização da vida (item 21), auto-depreciação (item 17), falta de interesse ou de envolvimento (item 16), anedonia (item 3) e inércia (item 5);

Ansiedade – excitação do sistema autónomo (itens 2, 4, 19), efeitos músculo esqueléticos (item 7), ansiedade situacional (item 9) e experiências subjectivas de ansiedade (itens 15, 20);

Stress – dificuldade em relaxar (itens 1, 12), excitação nervosa (item 8), facilmente agitado/chateado (item 18), irritável/reacção exagerada (itens 6, 11) e impaciência (item 14) (Ribeiro, 2007).

O instrumento é de auto-preenchimento e cada sub-escala é constituída por sete itens cada, no total de 21. Cada item consiste numa frase, que remete para sintomas emocionais negativos. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo *Likert*. Os respondentes avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Cada categoria de resposta varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 3. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é 0 e o máximo é 21. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos. Segundo os autores a EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Para Ribeiro, Honrado e Leal (2004), o estudo das qualidades psicométricas certifica a validade, sensibilidade e fidelidade da versão portuguesa do instrumento, permitindo a diferenciação entre a ansiedade, depressão e stress. É uma medida útil quer para a investigação, quer para uso clínico, quando é necessário lidar com ligações complexas entre perturbações emocionais e exigências do meio.

Nesta investigação, a análise das qualidades psicométricas do instrumento, apresenta uma muita boa consistência interna, com um Alpha de Cronbach total da escala de 0,93. Para a subescala depressão encontraram-se valores de 0,83; para a ansiedade 0,79; e para o stress 0,89, o que indica uma boa consistência interna em cada uma delas.

Escala de Satisfação com o Suporte Social

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (cf., anexo H), desenvolvida por Ribeiro em 1999, consiste numa escala de auto-preenchimento que pretende avaliar o grau de satisfação dos sujeitos face ao suporte social proveniente de várias fontes, bem como relativamente às actividades sociais em que estão envolvidos (Coelho & Ribeiro, 2000). Trata-se de uma escala composta por 15 afirmações, que permitem ao sujeito assinalar o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de *Likert* com cinco posições, «concordo totalmente», «concordo na maior parte», «não concordo nem discordo», «discordo na maior parte» e «discordo totalmente» (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

Segundo Ribeiro (1999), o estudo das qualidades psicométricas demonstrou que este instrumento apresenta uma boa sensibilidade, validade e fidelidade. A escala comporta quatro factores (sub-escalas), com valores Alpha de Cronbach entre 0,64 e 0,83, sendo o valor da escala global de 0,85, o que revela uma boa consistência interna. Os quatro factores são:

Satisfação com Amizades - mede a satisfação face às amizades/amigos que o sujeito tem (e.g., “Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria”, “Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho”) e inclui 5 itens (3, 12, 13, 14, 15);

Intimidade - mede a percepção da existência de suporte social íntimo (e.g., Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer”, “Às vezes, sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”) e engloba quatro itens (1, 4, 5, 6);

Satisfação com a família - mede a satisfação com o suporte familiar existente (e.g., “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”, “Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família”) e enquadra três itens (9, 10, 11);

Actividades sociais - medem a satisfação pessoal com as actividades sociais que realiza (“não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria”, Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam”) e inclui três itens (2, 7, 8).

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada factor resulta da soma dos itens que pertencem a cada um dos factores. Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados com “A” e “5” aos assinalados com “E”. São excepções os itens invertidos, que são os seguintes: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, nos quais é

atribuída a cotação inversa. A nota total da escala pode variar entre 15 e 75, sendo que à nota mais elevada corresponde uma maior percepção de suporte social (Rodrigues, 2008).

Após a análise das qualidades psicométricas deste instrumento, foi possível verificar que apresenta um Alpha de Cronbach total da escala de 0,90, o que demonstra uma muito boa consistência interna. Relativamente às sub-escalas, o Alpha é de 0,87 (boa consistência) para a satisfação com amigos, 0,64 (aceitável consistência) para a intimidade, 0,82 (boa consistência) para satisfação com a família e 0,77 (razoável consistência) para a sub-escala actividades sociais.

5.4.3. Procedimento

Relativamente aos pedidos de autorização para a concretização deste estudo, foi feito um pedido dirigido, em primeiro lugar, aos autores dos instrumentos (cf., anexo A) a utilizar nesta investigação e, posteriormente, um pedido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (cf., anexo B) e à Direcção do Centro de Saúde de Rio Tinto – Gondomar (cf., anexo C).

As participantes que fazem parte deste estudo constituem uma amostra não aleatória, por conveniência, devido à ausência de outra alternativa viável e à restrição de tempo. O contacto com as participantes, foi realizado, no caso das mães-expectantes, aquando das aulas de preparação para o parto. Nas mães em fase do pós-parto, a abordagem foi realizada durante as deslocações para a vacinação dos recém-nascidos.

Segundo Fortin (2003), toda a investigação deverá ser conduzida com o princípio do respeito pela autonomia e dignidade de qualquer pessoa. Sendo assim, a investigação deve respeitar o direito à confidencialidade, anonimato e deve zelar pela total privacidade. Para isso, o investigador deverá agir à luz dos princípios éticos e em conformidade com os mesmos. A autora cita cinco princípios essenciais, aplicáveis aos seres humanos e estabelecidos pelo Código de Ética, que são: o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo; e o direito ao tratamento justo e equitativo (Fortin, 2003).

Neste trabalho, foram respeitados os princípios éticos supra citados. Assim a cada participante do estudo foi solicitada a colaboração em regime voluntário, dando primeiro a conhecer os objectivos do estudo, o procedimento a adoptar e garantindo o anonimato e confidencialidade das informações prestadas. Foi solicitado aos participantes a assinatura do consentimento informado (cf., anexo I). Às mães que aceitaram colaborar nesta investigação, foi-lhes pedido que preenchessem individualmente os questionários, nos quais apenas

constam as informações relevantes para a investigação, não tendo sido recolhidos quaisquer dados pessoais passíveis de identificar cada um dos elementos.

De forma a reduzir os riscos de enviesamento inerentes a eventuais dificuldades na interpretação das questões, todas as participantes preencheram os questionários na presença da investigadora, para que todas as dúvidas fossem esclarecidas e que os dados obtidos se destinavam para fins de investigação. Foram igualmente informadas de que eram livres para aceitar ou recusar participar, sem que disso resultasse qualquer consequência para si, bem como que poderiam desistir em qualquer momento, mesmo depois de iniciar o processo de resposta aos questionários. Os dados foram codificados de forma a que não fosse possível a identificação das participantes. Os resultados obtidos através dos instrumentos utilizados foram posteriormente analisados estatisticamente através da utilização do SPSS, versão 19.0.

Capítulo 6 – Resultados

6. 1. Apresentação Estatística dos Resultados

Este ponto do capítulo é dedicado à apresentação e análise estatística dos resultados obtidos no estudo exploratório que descrevemos anteriormente.

1) Pretende-se analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 1 e grupo 2 quanto à vinculação materna.

Como é possível verificar através do quadro 4, existem diferenças estatisticamente significativas entre as gestantes e as mães na fase do pós-parto em relação à vinculação. Pode-se observar que o grupo das gestantes apresenta maior vinculação materna do que as mães do pós-parto.

Quadro 4

Teste t para diferenças nos dois grupos de mães em função da vinculação

	Grupo Pré-natal (n=50)		Grupo Pós-natal (n=50)		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Vinculação materna	73,9	5,00	69,0	5,71	4,568	98	0,0001

2) Pretende-se analisar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sócio-demográficas (idade e escolaridade) e a vinculação materna. Assim como uma diferença estatisticamente significativa entre o estado civil e a vinculação.

Os resultados obtidos neste segundo objectivo, apontam para a não existência de associação estatisticamente significativa entre a vinculação materna e a idade ($r = - 0,12$; $p = 0,24$) e entre a vinculação e o nível de escolaridade ($r = - 0,11$; $p = 0,28$) perante o total amostra. No grupo das gestantes não existe uma associação estatisticamente significativa perante a idade ($r = - 0,08$; $p = 0,55$), contudo assume uma correlação estatisticamente significativa e negativa ao nível da escolaridade ($r = - 0,31$; $p = 0,03$). Nas mães na fase do pós-parto não existe uma associação estatisticamente significativa quer com a idade ($r = - 0,09$; $p = 0,53$), quer com o nível de escolaridade ($r = - 0,10$; $p = 0,48$).

Relativamente à associação entre o estado civil e a vinculação materna da amostra total, a análise estatística revela não existirem diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com diferentes estados civis quanto à vinculação ($F = 0,17$; $p = 0,84$). No grupo das gestantes não existe diferença estatisticamente significativa com o estado civil ($F = 0,01$; $p =$

0,93), situação que também se verifica no grupo das mães na fase pós-natal ($F = 0,13$; $p = 0,88$).

3) Pretende-se analisar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis obstétricas (gravidez anterior, aborto espontâneo, parto prematuro e planeamento, desejo e aceitação da gravidez) e os indicadores de ansiedade, depressão e stress.

Para este terceiro objectivo, foi utilizado o *T Test* na variável gravidez anterior e nas restantes aplicou-se o *Mann-Whitney Test*. Os resultados indicam para o total da amostra a não existência de associação estatisticamente significativa entre o total dos indicadores de ansiedade, depressão e stress, e a gravidez anterior ($p = 0,83$); aborto espontâneo ($p = 0,26$); parto prematuro ($p = 0,77$); e gravidez planeada ($p = 0,73$). Relativamente ao desejo e aceitação da gravidez, estas variáveis não foram analisadas estatisticamente por existir apenas uma participante num dos grupos.

Relativamente ao grupo pré-natal, os resultados evidenciam uma não associação estatisticamente significativa entre o total de indicadores de ansiedade, depressão e stress, e gravidez anterior ($p = 0,07$); aborto espontâneo ($p = 0,97$) e gravidez planeada ($p = 0,80$). Nas variáveis parto prematuro, gravidez desejada e aceitação da gravidez, não foi possível a sua análise por não existirem elementos num dos grupos.

No grupo composto pelas participantes do pós-natal, os resultados indicam uma não associação estatisticamente significativa entre as variáveis gravidez anterior ($p = 0,59$); aborto espontâneo ($p = 0,21$); parto prematuro ($p = 0,96$); gravidez planeada ($p = 0,88$) e os indicadores de ansiedade, depressão e stress. As variáveis desejo e aceitação da gravidez não foram analisadas estatisticamente por existir apenas uma participante num dos grupos.

4) Pretende-se analisar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre antecedentes de perturbação depressiva e perturbação ansiosa e os indicadores de ansiedade, depressão e stress.

Como podemos verificar no quadro 5, para a amostra total não existem diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com antecedentes de perturbação depressiva e mulheres sem antecedentes de perturbação depressiva em função do total da escala dos indicadores de ansiedade, depressão e stress. Para cada sub-escala, os resultados mostram uma associação estatisticamente significativa entre antecedentes de perturbação depressiva e o indicador de stress, situação que não se verifica com a ansiedade e depressão. Assim verifica-se que as mulheres do grupo com antecedentes de perturbação depressiva apresentam mais sintomas de stress do que as do outro grupo.

Relativamente ao grupo pré-natal não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com antecedentes de perturbação depressiva e mulheres sem antecedentes de perturbação depressiva perante o total da escala dos indicadores de ansiedade, depressão e stress. Também não existem diferenças estatisticamente significativas quando se consideram as sub-escalas. No grupo pós-natal não se verificam diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao total de indicadores de ansiedade, depressão e stress, entre os grupos de mulheres com ou sem antecedentes de perturbação depressiva. Os resultados indicam a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mulheres com e sem os antecedentes de perturbação depressiva, quanto às sub-escalas.

Quadro 5

Mann-Whitney Test para diferenças nos indicadores de ansiedade, depressão e stress em função de antecedente de perturbação depressiva

		Grupo com antecedentes de perturbação depressiva		Grupo sem antecedentes de perturbação depressiva		<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Amostra Total	Total de Indicadores de ADS	61,0	15,40	48,6	8,46	0,13
	Depressão	57,3	4,94	49,3	2,60	0,31
	Ansiedade	56,5	5,60	49,4	2,86	0,38
	Stress	65,4	5,95	47,9	4,00	0,03
Grupo Pré-natal	Total de Indicadores de ADS	31,9	19,23	24,6	8,52	0,25
	Depressão	27,7	6,14	25,2	2,27	0,68
	Ansiedade	29,1	7,44	25,0	3,12	0,52
	Stress	33,5	6,74	24,4	3,94	0,15
Grupo Pós-natal	Total de Indicadores de ADS	30,9	13,03	24,3	8,38	0,22
	Depressão	30,0	4,32	24,5	2,94	0,28
	Ansiedade	29,7	3,94	24,6	2,46	0,33
	Stress	33,0	5,73	23,8	4,08	0,08

Legenda: ADS – ansiedade, depressão, stress.

Pelo contrário, os resultados obtidos no quadro 6, indicam para a amostra total de participantes que há diferenças estatisticamente significativas relativamente ao total da escala dos indicadores de ansiedade, depressão e stress entre mulheres com antecedentes de perturbação de ansiedade e mulheres sem antecedentes de perturbação de ansiedade. Para cada sub-escala também foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente

significativas entre esses dois grupos. Assim verifica-se que o grupo de mulheres com antecedentes de perturbação de ansiedade apresenta mais sintomas depressivos, de ansiedade e stress, do que as mulheres que se encontram no outro grupo.

Os resultados obtidos no grupo pré-natal, indicam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao total da escala dos indicadores de ansiedade, depressão e stress entre mulheres com antecedentes de perturbação de ansiedade e mulheres sem antecedentes de perturbação de ansiedade. Estes dois grupos distinguem-se de forma estatisticamente significativa quanto às sub-escalas ansiedade e stress com os antecedentes de perturbação ansiosa, enquanto que na sub-escala depressão esta associação não se verifica. No grupo pós-natal, os resultados sugerem não existirem diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com ou sem antecedentes de perturbação de ansiedade quanto ao total da escala dos indicadores de ansiedade, depressão e stress, bem como às sub-escalas.

Quadro 6

Mann-Whitney Test para diferenças nos indicadores de ansiedade, depressão e stress em função de antecedente de perturbação de ansiedade

		Grupo com antecedente de perturbação de ansiedade		Grupo sem antecedente de perturbação de ansiedade		<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Amostra Total	Total de Indicadores de ADS	71,5	12,66	46,5	8,77	0,001
	Depressão	64,0	4,24	47,9	2,72	0,03
	Ansiedade	67,0	4,81	47,4	2,97	0,01
	Stress	74,6	4,63	45,9	4,09	0,001
Grupo Pré-natal	Total de Indicadores de ADS	38,4	14,52	22,7	7,87	0,001
	Depressão	33,8	5,19	23,7	1,86	0,05
	Ansiedade	36,7	5,43	23,0	3,19	0,01
	Stress	39,6	5,16	22,4	3,55	0,001
Grupo Pós-natal	Total de Indicadores de ADS	32,6	7,98	24,3	9,65	0,16
	Depressão	30,4	2,21	24,7	3,35	0,31
	Ansiedade	30,9	3,09	24,6	2,75	0,28
	Stress	34,9	3,48	23,9	4,59	0,06

Legenda: ADS – Ansiedade, Depressão, Stress.

5) Pretende-se analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o suporte social e os indicadores de ansiedade, depressão e stress.

É possível verificar, no quadro 7, a partir da amostra total a existência de uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre o suporte social e o total da escala de ansiedade, depressão e stress. Os resultados obtidos para cada dimensão da escala de ansiedade, depressão e stress indicam uma relação estatisticamente significativa, negativa e moderada com o suporte social, sugerindo que quanto maior a satisfação com o apoio social, menor serão os sintomas apresentados.

Os resultados para cada sub-escala do suporte social relativamente aos indicadores de ansiedade, depressão e stress, evidenciam que, as sub-escalas amizade e actividades sociais apresentam uma correlação estatisticamente significativa, negativa e baixa com o total da escala de ansiedade, depressão e stress, assim como com cada um destes indicadores. A sub-escala intimidade apresenta uma correlação estatisticamente significativa, negativa e baixa com cada um dos indicadores mas uma intensidade moderada com o total da escala. A sub-escala família, apresenta uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada com o total da escala de ansiedade, depressão e stress, bem como com cada um dos indicadores. Estes dados apontam para que, quanto maior a satisfação com os amigos, intimidade, actividades sociais e principalmente com a família, menor serão os sintomas de ansiedade, depressão e stress.

Os resultados relativos ao grupo pré-natal indicam uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre o suporte social e o total de indicadores de ansiedade, depressão e stress. Para cada dimensão desta escala, a ansiedade apresenta uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada com o suporte social, enquanto que a depressão e stress indicam uma correlação estatisticamente significativa, negativa e baixa. Desta forma, quanto maior a satisfação com o suporte social, menor serão os sintomas de ansiedade, depressão e stress apresentados.

Relativamente a cada sub-escala do suporte social, os resultados indicam que a sub-escala amizade apresenta uma correlação estatisticamente não significativa com o total da escala de ansiedade, depressão e stress, assim como com cada um destes indicadores. As sub-escalas intimidade e família exibem uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada com o total da escala de ansiedade, depressão e stress e com cada um dos seus indicadores, com excepção para a sub-escala intimidade que indica uma intensidade baixa com os indicadores depressão e stress. A sub-escala actividades sociais tem uma correlação estatisticamente significativa, negativa e baixa com o total de indicadores, assim como com cada um dos seus indicadores, no entanto, com a depressão está correlação é estatisticamente

não significativa. Perante esta análise é possível constatar que, quanto maior a satisfação com as actividades sociais e principalmente com a intimidade e família, menor serão os sintomas de ansiedade, depressão e stress presentes nesta fase pré-natal.

No grupo do pós-natal, os resultados indicam uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre o suporte social e o total de indicadores de ansiedade, depressão e stress, bem como com cada uma destas dimensões, mostrando que quanto maior a satisfação com o suporte social, menor serão os sintomas apresentados ao longo desta fase.

Para cada sub-escala do suporte social relativamente aos indicadores de ansiedade, depressão e stress, os resultados evidenciam que, as sub-escalas amizade e intimidade apresentam uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada com o total da escala de ansiedade, depressão, stress e com cada um destes indicadores. A sub-escala família indica uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada com o total da escala, bem como com os indicadores ansiedade e stress, porém com a depressão está intensidade é baixa. A sub-escala actividades sociais, apresenta uma correlação estatisticamente significativa, negativa e baixa com o total da escala de ansiedade, depressão e stress e com cada um dos indicadores que a constituem. Estes dados indicam que quanto maior a satisfação com os amigos, intimidade, família e actividades sociais menores serão os sintomas de ansiedade, depressão e stress presentes durante o período pós-natal.

Quadro 7

Correlações entre o suporte social e os indicadores de ansiedade, depressão e stress

		Suporte Social				Actividades Sociais
		(total)	Amizades	Intimidade	Família	
A mo str a Tot	Total da escala de ADS	- 0,46**	-0,33**	- 0,42**	- 0,47**	- 0,31**
	Ansiedade	- 0,39**	- 0,28**	- 0,38**	- 0,43**	- 0,23**
	Depressão	- 0,41**	- 0,30**	- 0,38**	- 0,41**	- 0,27**
	Stress	- 0,43**	-0,31**	- 0,38**	- 0,43**	- 0,32**
Gr up o Pré - nat	Total da escala de ADS	- 0,40**	-0,21	- 0,42**	- 0,45**	- 0,31*
	Ansiedade	- 0,40**	- 0,23	- 0,41**	- 0,41**	- 0,33**
	Depressão	- 0,32*	- 0,13	- 0,37**	- 0,44**	- 0,19
	Stress	- 0,37**	-0,21	- 0,37**	- 0,40**	- 0,31*
Gr up o Pó s- nat	Total da escala de ADS	- 0,58**	-0,46**	- 0,51**	- 0,50**	- 0,39**
	Ansiedade	- 0,54**	- 0,42**	- 0,52**	- 0,51**	- 0,29*
	Depressão	- 0,50**	- 0,42**	- 0,42**	- 0,38**	- 0,35*
	Stress	- 0,53**	-0,40**	- 0,46**	- 0,46**	- 0,38**

**p<0,01.

*p<0,05.

Legenda: ADS – Ansiedade, Depressão, Stress.

6) Pretende-se analisar se o suporte social apresenta uma relação estatisticamente significativa com a vinculação materna.

Através do quadro 8, verificamos que existe uma correlação estatisticamente significativa, positiva e baixa entre o suporte social (total) e a vinculação materna (total). Relativamente às sub-escalas de suporte social, a amizade apresenta uma correlação estatisticamente não significativa com a vinculação materna (total). As sub-escalas intimidade, família e actividades sociais estão correlacionadas de forma estatisticamente significativa, positiva e baixa com a vinculação materna (total).

Os resultados na vinculação pré-natal indicam uma correlação estatisticamente não significativa com o suporte social (total). As sub-escalas amizade, intimidade, família e actividades sociais a correlação é estatisticamente não significativa com a vinculação pré-

natal. Na vinculação pós-natal, é possível verificar uma correlação estatisticamente não significativa com o suporte social (total). Sendo que as sub-escalas amizade, intimidade e família apresentam uma correlação estatisticamente não significativa com a vinculação pós-natal, enquanto que a sub-escala actividades sociais apresenta uma correlação estatisticamente significativa, positiva e de intensidade baixa.

7) Pretende-se analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre os indicadores de ansiedade, depressão e stress e a vinculação mãe-bebé.

Perante este objectivo, é possível verificar através do quadro 8, uma correlação estatisticamente significativa entre o total de sintomas de ansiedade, depressão e stress e a vinculação materna (total), em que o coeficiente de correlação é negativo e muito baixo. Relativamente a cada sub-escala, a vinculação materna (total) apresenta uma associação estatisticamente significativa, negativa e de baixa intensidade com a depressão e o stress. Variável com a ansiedade esta associação não é estatisticamente significativa.

A vinculação pré-natal apresenta uma correlação estatisticamente não significativa com o total da escala de ansiedade, depressão e stress, assim como com cada sub-escala que a constitui. Os resultados indicam que a vinculação pós-natal apresenta uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada com o total da escala de ansiedade, depressão e stress. Relativamente a cada sub-escala, a ansiedade está correlacionada de forma estatisticamente não significativa com a vinculação pós-natal. As sub-escalas depressão e stress apresentam uma correlação estatisticamente significativa, negativa e de intensidade baixa e moderada, respectivamente, com a vinculação pós-natal.

Quadro 8

Correlações entre o suporte social, indicadores de ADS e vinculação materna

	Vinculação materna (total)	Vinculação Pré-natal	Vinculação Pós-natal
Suporte Social (total)	0,30**	0,20	0,27
Amizade	0,19	0,12	0,17
Intimidade	0,23*	0,17	0,11
Família	0,21*	0,27	0,21
Actividades Sociais	0,36**	0,17	0,37**
Total da escala de ADS	- 0,19*	- 0,11	- 0,42**
Ansiedade	- 0,04	- 0,03	- 0,28
Depressão	- 0,22*	- 0,11	- 0,38*
Stress	- 0,24*	- 0,15	- 0,44**

**p<0,01.

*p<0,05.

Legenda: ADS – Ansiedade, Depressão, Stress.

Capítulo 7 – Discussão

Este ponto é reservado à discussão dos resultados obtidos no estudo exploratório. Para cada objectivo de estudo anteriormente exposto, faz-se a apresentação e respectiva apreciação crítica dos resultados obtidos e conclui-se tendo em consideração a revisão teórica levada a cabo sobre os temas da gravidez e maternidade, vinculação materna, indicadores de psicopatologia e suporte social.

Antes de começar a analisar cada objectivo que compõe este estudo, há que ter em consideração que estamos perante uma amostra de 100 participantes, das quais 50 se encontram na fase da gestação e as restantes na fase do pós-parto. As idades das participantes variam entre os 19 e os 42 anos, sendo na sua maioria casadas ou vivendo em união de facto. Relativamente à história obstétrica, na sua maioria a gravidez foi planeada pelo casal e simboliza a sua primeira gestação (64%). Assim, segundo estes dados podemos aferir que estamos perante uma amostra de mulheres bastante diversificada, pelo facto de conseguimos reunir um grupo de gestantes entre as 5 e 39 semanas e de mães no pós-parto entre 1 a 12 meses.

1) Pretende-se analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 1 e grupo 2 quanto à vinculação materna.

Os resultados relativos a este objectivo indicaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as gestantes e as mães na fase do pós-parto quanto à vinculação, tendo-se observado que as gestantes apresentam maior vinculação materna, do que as mães que se encontram na fase do pós-parto.

Este dado vai ao encontro dos resultados das pesquisas já efectuadas neste domínio, em que é sugerido que a vinculação dos pais ao filho antes de nascer permite aos progenitores a interiorização precoce do feto, através de certas imagens, expectativas e preocupações, incorporando-a no seio familiar, criando assim um modelo relacional que servirá como um importante precursor da relação da tríade pai-mãe-bebé após o nascimento (Galvão, et al., 2009; Mazet & Stoleru, 2003; Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer & Lopes, 2009; Righetti, Dell'Avanzo, Grigio & Nicolini, 2005). Esta ideia é igualmente partilhada por John Condon (1993), ao mencionar que, durante o período gestacional, os progenitores adquirem habitualmente uma representação interna, crescentemente elaborada do feto. Esta é composta por uma mistura de fantasia e realidade, em que o feto assume um papel de projecção e segundo o qual se desenvolve o vínculo emocional.

A partir dos resultados obtidos, é possível observar a importância cada vez maior que o período pré-natal assume nesta etapa da vida da mulher e na relação que esta estabelece com o seu bebé, ainda numa fase em que existe apenas o bebé imaginário, no qual se expressam os desejos e fantasias dos pais. É importante mencionar que a diferença encontrada entre os dois grupos pode estar relacionada com o facto de, na fase do pós-parto, as mulheres se terem de adaptar a uma nova realidade, que representa serem pais para toda a vida. Sendo que os 12 meses iniciais, condensam as principais alterações como a interacção com o bebé, o regresso ao trabalho com o conseqüente afastamento do filho e a relação entre o casal. Estes factores, segundo Oliveira (2008), são fundamentais, porque irão influenciar a vivência desta adaptação à maternidade.

Em estudos futuros seria relevante realizar uma investigação longitudinal com a mesma amostra na fase pré-natal e pós-natal, de modo a analisar a existência de diferenças na vinculação nestas duas fases, pois a investigação sugere que o nível de envolvimento pré-natal pode ser preditivo da qualidade de envolvimento após o nascimento. Assim, as mães que mostraram maior afeição e que fantasiaram mais com o bebé durante a gravidez, evidenciaram maior envolvimento durante a interacção, especificamente ao estimularem as capacidades do recém-nascido, até aos 12 meses pós-parto (Siddiqui & Hagglof, 2000).

2) Pretende-se analisar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sócio-demográficas (idade e escolaridade) e a vinculação materna. Assim como uma diferença estatisticamente significativa entre o estado civil e a vinculação.

Os resultados obtidos relativamente ao segundo objectivo apontam para a não existência de associação estatisticamente significativa entre as variáveis idade e escolaridade com a vinculação materna na amostra total. No grupo pré-natal também não ocorre uma associação estatisticamente significativa com a idade, ao contrário do nível de escolaridade que apresenta uma correlação estatisticamente significativa, negativa e baixa, sugerindo que quanto maior o nível de escolaridade menor a vinculação pré-natal. O grupo pós-natal não apresenta associação estatisticamente significativa entre a idade e o nível de escolaridade com a vinculação.

Relativamente à idade estes dados não vão ao encontro do estudo realizado por Mendes (2002), que encontrou uma tendência para a diminuição da ligação materno-fetal das grávidas à medida que a idade avança. Belo (2006) aponta para uma maior percepção materna das competências, com o aumento da idade, nos cuidados aos seus recém-nascidos. Por seu lado, Andrade (1999) refere que o grupo etário superior a 35 anos parece demonstrar sentimentos

de maior competência, autonomia, auto-confiança e individualidade do que as mães mais jovens. Perante a escolaridade, segundo Mendes (2002), as grávidas com menor nível de escolaridade apresentam níveis de ligação materno-fetal mais baixos. Este último dado, entra em contradição com o resultado encontrado no grupo pré-natal, no qual se verificou que quanto maior o nível de escolaridade menor a vinculação pré-natal, que poderá estar associada às exigências físicas e emocionais presentes nas actividades profissionais destas mulheres com elevado nível de escolaridade.

Para o estado civil nos resultados encontrados não se verifica uma associação estatisticamente significativa com a vinculação materna da amostra total, quer com o grupo pré e pós-natal. Porém não foi possível encontrar dados empíricos na literatura que associem estas variáveis de modo a estabelecer um ponto de comparação com os resultados obtidos neste estudo.

3) Pretende-se analisar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis obstétricas (gravidez anterior, aborto espontâneo, parto prematuro, planeamento, desejo e aceitação da gravidez) e os indicadores de ansiedade, depressão e stress.

A análise dos resultados para a amostra total indicou a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre o total dos indicadores de ansiedade, depressão e stress, e cada uma das seguintes variáveis: gravidez anterior, aborto espontâneo, parto prematuro e gravidez planeada. No grupo pré-natal os resultados também indicaram a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com e sem estes antecedentes: gravidez anterior, aborto espontâneo e gravidez planeada com o total de indicadores de ansiedade, depressão e stress. No grupo pós-natal também não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o total de indicadores de ansiedade, depressão e stress quando relacionada a cada uma das seguintes variáveis: gravidez anterior, aborto espontâneo, parto prematuro e gravidez planeada.

Os resultados alcançados neste objectivo não vão ao encontro da literatura pesquisada, em que a história prévia de gravidez (Lubin, Gardener & Roth, 1975), o aborto espontâneo (Ohman, Grunewald & Waldenstrom, 2003) e a prematuridade (leal, 2006), constituíam factores de risco para o desencadear da ansiedade materna. Outro conjunto de factores, que a literatura sugeria estar associados e/ou influenciam o aparecimento da depressão, eram história de aborto anterior, gravidez não planeada, gravidez não desejada e a mulher não aceitar a gravidez (Beck, 2001; Cantilino, Zambaldi, Sougey & Rennó, 2010; Cryan et al., 2001; Moraes et al., 2006; Mosso, Volpi, Scalise, Molina & Ramos, 2008; Righetti-Veltema,

Conne-Perréard, Bousquet & Manzano, 1998; Tomlinson, Swartz, Cooper & Molteno, 2004), aspectos que não se confirmam no presente estudo. Relativamente ao stress materno, os factores de risco associados identificados pela literatura eram complicações obstétricas (Cobb, 1976) e parto prematuro (Omer, Elizur, Barnea, Friedlander & Palti, 1986), o que mais uma vez não se confirmou no presente estudo.

Os dados encontrados neste objectivo, no qual não existe associação entre as variáveis obstétricas e os indicadores de ansiedade, depressão e stress, poderá resultar do facto de 64% da nossa amostra se encontrar numa primeira gestação e por isso não se reverem nas variáveis obstétricas abordadas neste estudo, tais como, a gravidez anterior e o parto prematuro.

4) Pretende-se analisar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre antecedentes de perturbação depressiva e perturbação ansiosa e os indicadores de ansiedade, depressão e stress.

Os resultados deste estudo relativos à amostra total não permitiram encontrar diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com e sem antecedentes de perturbação depressiva, quanto ao total da escala de indicadores de ansiedade, depressão e stress. Para cada sub-escala, os resultados mostram uma diferença estatisticamente significativa entre mulheres com e sem antecedentes de perturbação depressiva quanto ao indicador de stress, o que indica que as mulheres do grupo com antecedentes de perturbação depressiva apresentam mais sintomas de stress do que as mulheres do outro grupo.

Os grupos pré e pós-natal não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com ou sem perturbação depressiva quanto ao total de indicadores de ansiedade, depressão e stress. Para cada sub-escala, nos dois grupos, também não se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre mulheres com e sem antecedentes de perturbação depressiva.

A literatura apresenta uma visão diferente dos resultados encontrados neste objectivo, pois, segundo Josefsson, Berg, Nordin e Sydsjo (2001), a história prévia de episódios depressivos da mulher, se associa à presença de depressão durante a gravidez e/ou pós-parto. Porém, existe um dado a ressaltar do resultado do presente estudo, que se refere à diferença estatisticamente significativa entre mulheres com antecedentes de perturbação depressiva em relação ao indicador de stress, que deverá ser explorada em futuros estudos, de forma a justificar a sua intervenção na prática clínica.

Por outro lado, os resultados indicam existir diferenças estatisticamente significativas relativamente ao total da escala dos indicadores de ansiedade, depressão e stress entre

mulheres com e sem antecedentes de perturbação de ansiedade. Para cada sub-escala também foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com e sem os antecedentes de perturbação de ansiedade. O grupo de mães que já tiveram sintomatologia ansiosa, apresentam uma média superior relativamente às mães sem antecedentes de perturbação de ansiedade, o que sugere que mulheres com antecedentes de perturbação de ansiedade apresentem mais sintomas de ansiedade, depressão e stress.

No grupo pré-natal, o estudo revelou uma diferença estatisticamente significativa quanto ao total de indicadores de ansiedade, depressão e stress, entre mulheres com antecedentes de perturbação de ansiedade e mulheres sem estes antecedentes. Sugerindo que as mulheres com antecedentes de perturbação de ansiedade apresentam mais sintomas de ansiedade e stress durante o período pré-natal. No grupo pós-natal, não existem diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com e sem antecedentes de perturbação de ansiedade, quanto ao total da escala de indicadores de ansiedade, depressão e stress, quer quanto às respectivas sub-escalas.

Este resultado vai ao encontro do estudo proposto por Zajicek e Wolkind (1978), que mencionam a história psiquiátrica prévia da mulher como factor de risco para a presença de ansiedade materna durante este período gravídico-puerperal. Os resultados dos antecedentes de perturbação de ansiedade e os indicadores psicopatológicos, permitem reflectir sobre o impacto que este factor, principalmente como se verificou neste estudo durante o período pré-natal, poderá assumir nesta etapa da vida da mulher e do casal, que se depara com um ciclo de mudanças e adaptações ao nível hormonal, físico, psicológico, familiar e social, que poderá desencadear reajustamentos e reestruturações, sobre os quais a mulher terá de lidar de forma satisfatória, evitando, assim, o surgimento de perturbações psicológicas.

5) Pretende-se analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre o suporte social e os indicadores de ansiedade, depressão e stress.

A análise dos resultados, na amostra total, permite verificar a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre o suporte social e o total da escala de ansiedade, depressão e stress, pode-se aferir que quanto maior suporte social menores são os indicadores de ansiedade, depressão e stress. Para cada um destes indicadores, os resultados também indicam uma relação estatisticamente significativa com o suporte social. Os resultados para cada sub-escala do suporte social indicam que, quanto maior a satisfação com a família, amigos, intimidade e actividades sociais, menor serão os sintomas de ansiedade, depressão e stress presentes nestas mulheres.

No grupo pré-natal os resultados indicam que, quanto maior a satisfação com o suporte social menor são os sintomas de ansiedade, depressão e stress. Em relação a cada sub-escala do suporte social a análise indica que, quanto maior a satisfação com as actividades sociais e principalmente com a família e intimidade, menor serão os sintomas de ansiedade, depressão e stress presentes neste período gestacional.

No grupo pós-natal, quanto maior a satisfação com o suporte social, menor são os sintomas de ansiedade, depressão e stress presentes nesta fase. Para cada sub-escala do suporte social observa-se que, quanto maior a satisfação com os amigos, família, intimidade e actividades sociais, menores serão os sintomas de ansiedade, depressão e stress presentes durante o período pós-natal.

Os resultados encontrados neste domínio vão ao encontro dos estudos publicados, que evidenciam que o suporte social poderá ser um factor de redução de diversas perturbações psicológicas/psiquiátricas, como é o caso da ansiedade e depressão (Cutrona & Troutman, 1986; Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997; Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha & Morgado, 1996). Costa e Ludermir (2005) também descrevem que sentir-se amado e ter amigos íntimos está relacionado com baixos níveis de ansiedade, depressão e stress. Um outro estudo conduzido por Zimet, Dahlem, Zimet e Farley (1988) verificou que, de um modo geral, elevados níveis de percepção de suporte social estão associados a baixos níveis de depressão e ansiedade.

Esta relação entre maior suporte social e menores sintomas de ansiedade, depressão e stress, reflecte a importância que ele assume para a mulher nesta etapa da sua vida. Tal como Viera, Mello, Oliveira e Furtado (2010) mencionam, o apoio percebido e recebido pelas outras pessoas significativas para a mulher, auxilia na manutenção da saúde mental e no enfrentar de situações de stress, permitindo uma adequação dos comportamentos maternos.

6) Pretende-se analisar se o suporte social apresenta uma relação estatisticamente significativa com a vinculação materna.

Verificámos que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o suporte social e a vinculação materna (total), pelo que quanto maior é a satisfação com o suporte social, maior revela ser a vinculação materna. Para cada sub-escala do suporte social, observou-se que quanto maior a satisfação com a intimidade, família e actividades sociais, maior é a vinculação materna (total).

Este resultado vai ao encontro dos apresentados por um estudo realizado por Jennings, Stagg e Connors (1991), em que os resultados mostram que mães que relataram níveis mais elevados de satisfação com as suas redes de apoio pessoais e tinham redes maternas mais extensas, emitiram mais comportamentos maternos considerados adequados. Por outras palavras, essas mães estabeleciam relações mais satisfatórias com os filhos. Crockenberg (1981) observou também a existência de uma associação entre o apoio social e a segurança de vinculação.

A análise estatística entre a vinculação pré-natal e o suporte social total e suas respectivas sub-escalas, não permitiu encontrar uma relação estatisticamente significativa entre estas variáveis, pelo que seria pertinente aprofundar a relação destas a partir de uma escala própria direccionada para esta etapa de vida da mulher, que poderá necessitar de um suporte social mais específico, para que sinta um maior controlo do ambiente e autonomia, que poderá permitir uma adaptação saudável a este novo papel.

Relativamente à vinculação pós-natal, verificou-se que quanto maior a satisfação com as actividades sociais, maior é a vinculação materna pós-natal. Este dado reforça a importância que as actividades sociais assumem na vida da mulher após o nascimento do seu bebé, podendo estar associada ao facto da mulher quer assumir a sua rotina, possivelmente interrompida com o período gestacional.

7) Pretende-se analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre os indicadores de ansiedade, depressão e stress e a vinculação mãe-bebé.

Os resultados indicaram a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre o total de sintomas de ansiedade, depressão e stress e a vinculação materna (total). Assim, depreende-se que, quanto maiores os sintomas de ansiedade, depressão e stress, menor revela ser a vinculação materna (total). Relativamente a cada sub-escala, pôde concluir-se que quanto maior os sintomas de depressão e stress menor será a vinculação mãe-bebé.

No período pré-natal não se verificou qualquer correlação estatisticamente significativa entre a vinculação e o suporte social total e as sub-escalas que o constituem. Por outro lado no período pós-natal, a análise estatística apresenta uma correlação estatisticamente significativa com o total da escala de ansiedade, depressão e stress, assim como com as sub-escalas depressão e stress, o que permite concluir que maiores sintomas de depressão e stress representam uma menor vinculação materna durante o período pós-natal.

Este resultado vai ao encontro dos apresentados num estudo de Condon e Corkindale (1997), em que foi verificado que, quanto menor era a vinculação materna, mais elevados

eram os níveis de sintomas depressivos e ansiogénicos. Schmidt e Argimon (2009) também enfatizam que as mulheres que apresentam vinculação segura, evidenciaram uma vinculação materno-fetal elevada e sintomas depressivos e ansiosos mínimos.

Perante o resultado apresentado por este objectivo é possível ressaltar a influência que a saúde mental da mulher, particularmente no período pós-natal, principalmente a presença de sintomas depressivos e stressantes poderá assumir no vínculo estabelecido com o seu filho.

Pela análise dos principais resultados, na amostra total, através dos objectivos propostos para esta investigação, é possível analisá-los a partir da figura 5, que mostra a importância da existência de suporte social na relação que estabelece quer com a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress, quer com a vinculação materna. Esta investigação aferiu que um maior suporte social, poderá significar menores sintomas de ansiedade, depressão, stress e maior vinculação materna. Tendo também averiguado uma associação entre maiores sintomas de ansiedade, depressão, stress e menor vinculação mãe-bebé.

Relativamente às variáveis secundárias, resalta-se a associação entre a história prévia de depressão e o indicador de stress. Por outro lado, a história prévia de ansiedade, está relacionada com todos os indicadores psicopatológicos (ansiedade, depressão e stress), não se encontrando, porém, relação quer entre as variáveis sócio-demográficas e a vinculação, quer as variáveis obstétricas e os indicadores psicopatológicos.

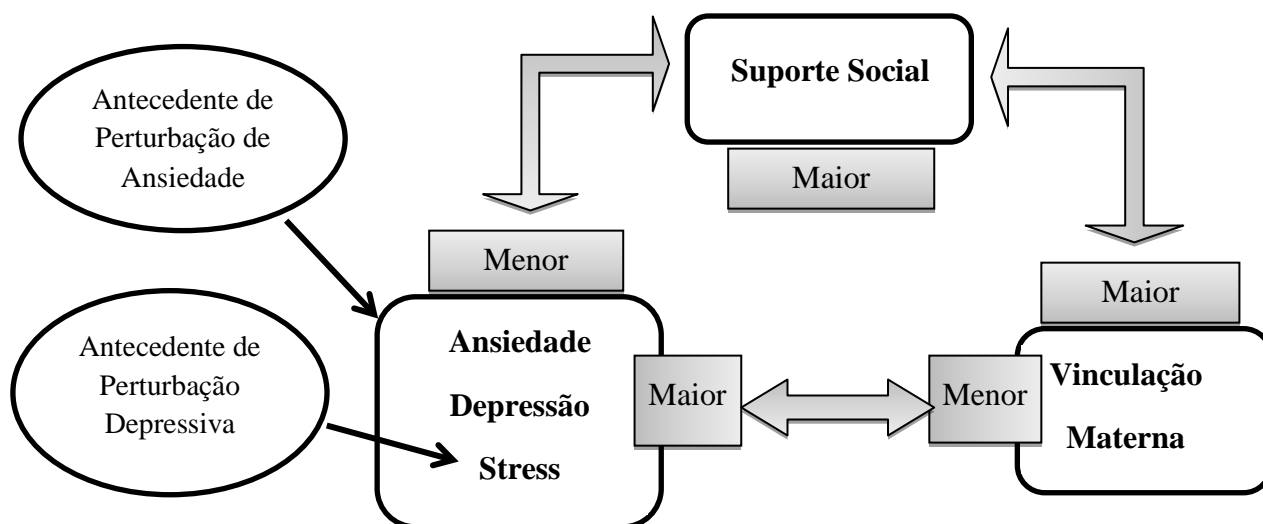


Figura 5. Principais resultados obtidos desta investigação perante o total da amostra

Através da figura 6, é possível observar os principais resultados desta investigação relativamente ao grupo pré-natal, no qual se verificou que quanto maior a satisfação com a intimidade, família e actividades sociais, menor serão os sintomas de ansiedade, depressão e stress presentes durante este período gestacional. Outro ponto a ressaltar neste grupo, refere-

se ao facto das mulheres com antecedentes de perturbação de ansiedade apresentarem mais sintomas de ansiedade e stress durante o período pré-natal.

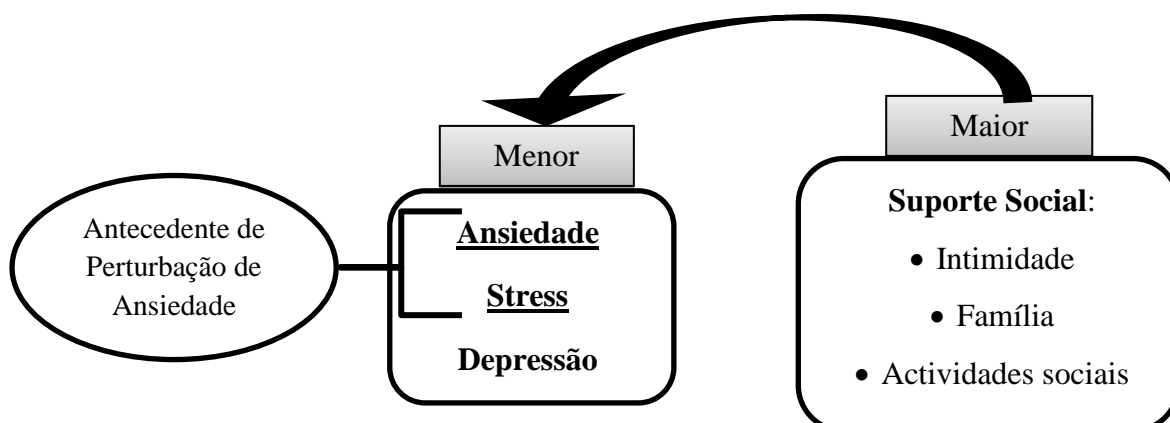


Figura 6. Principais resultados obtidos desta investigação perante o grupo pré-natal

No grupo pós-natal, os resultados obtidos neste estudo (figura 7) permitem observar que quanto maior a satisfação com os amigos, intimidade, família e actividades sociais, menores serão os sintomas de ansiedade, depressão e stress presentes neste período pós-natal. Outro dado reforça a importância de uma maior satisfação com as actividades sociais, se associar a maior vinculação materna após o nascimento do bebé. Desta investigação ainda foi possível averiguar que maiores sintomas de depressão e stress representam uma menor vinculação materna pós-natal.

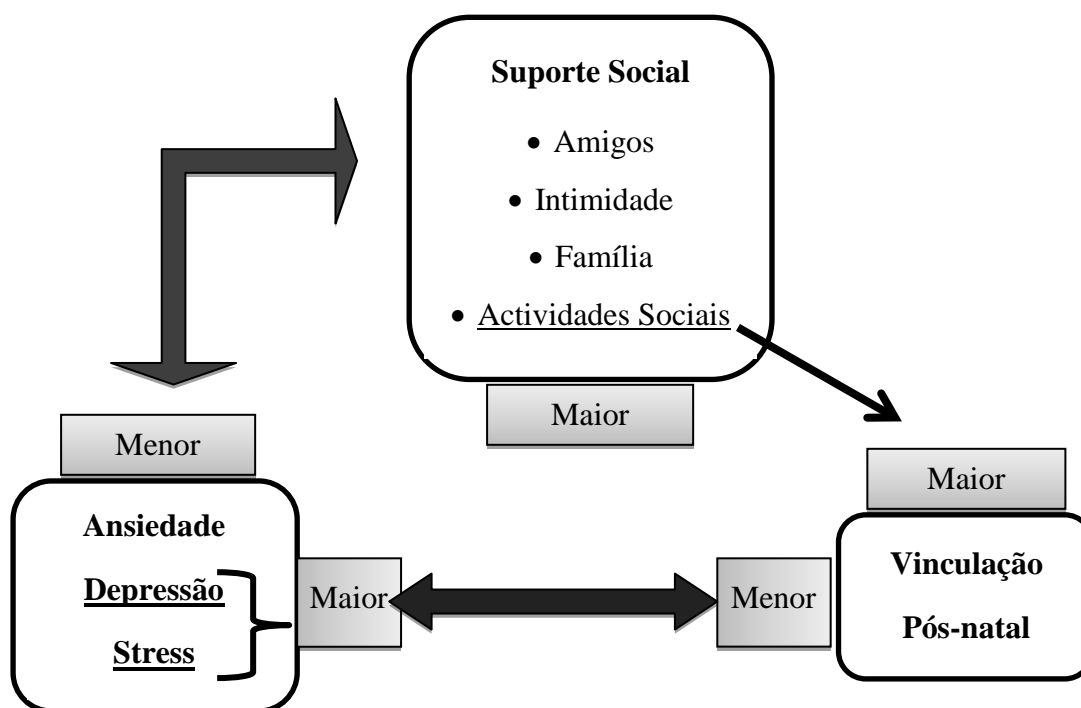


Figura 7. Principais resultados obtidos desta investigação perante o grupo pós-natal

Antes de terminar este ponto de reflexão dos resultados obtidos, salientamos os aspectos positivos que se apresentam como contributos desta investigação para a comunidade. Sendo igualmente abordada as suas limitações, que poderão trazer contributos a futuras investigações nesta área.

A partir desta investigação é possível situar os seus aspectos positivos a três níveis:

Primeiro, a **nível explicativo**, porque permite observar a associação entre as principais variáveis em estudo, que indicam que maiores indicadores de ansiedade, depressão e stress se associam a uma menor vinculação materna. Assim como, um maior suporte social indica menor presença destes indicadores e maior vinculação mãe-bebé.

Segundo, a **nível preventivo**, porque fornece indicações de que a presença de um suporte social adequado contribui para menores indicadores de ansiedade, depressão, stress e para uma maior vinculação materna. Assim, estes dados poderão permitir o diagnóstico precoce destas variáveis, que conduzirão a um melhor bem-estar psicológico da mulher e um saudável vínculo mãe-bebé.

Terceiro, a **nível terapêutico**, porque fornece dados para uma intervenção focada no suporte social, que assume especial relevo nesta fase de maior vulnerabilidade da mulher, bem como, na sintomatologia de ansiedade, depressiva e stressante que condiciona a relação com o seu bebé. Estes dados apontam para a necessidade da intervenção precoce nestas áreas, para que esta fase de gravidez e maternidade se torne num momento prazeroso para a díade.

A avaliação de fragilidades nestas áreas (ansiedade, depressão e stress) e a ausência de suporte social, constitui um importante elemento na detecção das situações em risco, que podem necessitar da ajuda dos técnicos de saúde, para a promoção do bem-estar da mãe e, num sentido mais lato, do bem-estar do casal e do bebé.

Desta forma, cabe aos técnicos de diferentes áreas da saúde (eg., Médicos de Família, Obstetras, Psicólogos, Psiquiatras, Assistentes Sociais), a responsabilidade de promover junto destas mulheres e/ou família, recursos sociais, materiais e emocionais para enfrentar esta transição para a maternidade/parentalidade de forma saudável, prevenindo o desenvolvimento de perturbações mentais e potenciando a qualidade no vínculo materno.

A detecção precoce e o tratamento adequado destas perturbações melhoram consideravelmente o prognóstico. Para isso, é imprescindível a identificação das pessoas e populações em risco, desenvolvendo estratégias de intervenção precoce, sem esquecer, que a eficácia de uma estratégia poderá ser potenciada pelo envolvimento de uma equipa multidisciplinar e pela participação activa da própria pessoa.

Justifica-se assim, continuar a aprofundar o conhecimento sobre esta temática e de outras que permitam compreender o mundo representacional das mães, que tanto influencia e

condiciona as relações com o bebé, de forma a desenhar programas de intervenção que visem promover o suporte social, o bem-estar psicológico da mulher e o vínculo materno.

A nossa sociedade já tem à disposição da comunidade um conjunto alargado de ofertas, relativamente ao suporte fornecido às mulheres neste período de transição para a maternidade. Desde inúmeros livros sobre todo o processo envolvente da gravidez e as diversas etapas que constituem a fase de desenvolvimento do recém-nascido, até às aulas de preparação para o parto, que através dos seus conceitos teóricos e práticos, permitem à mulher grávida uma melhor adaptação à gravidez e maternidade.

No entanto, seria benéfico para esta população, incluir nas aulas de preparação para o parto a vertente psicológica, através de encontros semanais, o grupo de grávidas (casais) poderia expor as suas angústias, receios e ansiedades relativas a esta fase de transição para a maternidade (parentalidade). Desta forma, perante a abordagem de diversas temáticas relacionadas com a gravidez e maternidade poderia tornar possível uma intervenção precoce junto desta população.

No grupo pós-natal seria benéfico efectuar uma abordagem ao nível psicológico, após o nascimento do recém-nascido, de modo a perceber qual o impacto do parto e de que forma a mulher está a lidar ao nível emocional com o pós-parto. Esta abordagem e se necessário respectiva intervenção poderia ser realizada individualmente ou em grupo, permitindo uma intervenção precoce, nomeadamente perante a depressão pós-parto e stress que foi abordada nesta investigação e como tal poderá condicionar a vinculação estabelecida com o bebé.

Com o culminar da realização deste estudo é possível identificar algumas limitações, que serão de seguida mencionadas:

- 1) questionário sócio-demográfico e clínico, os itens estado civil, profissão do cônjuge e tempo de puerpério, deveriam ser de futuro reformulados para uma melhor compreensão das participantes. Devido ao facto de, no estado civil, as mulheres que viviam em união de facto, apresentarem a dúvida de enquadramento no grupo das solteiras; na profissão do cônjuge as mulheres não consideravam os companheiros como cônjuges, porque vivem em união de facto; e o tempo de puerpério apresentou-se como um termo demasiado técnico. Para colmatar este défice de linguagem, poder-se-ia colocar por categorias o estado civil, acrescentar companheiro no item da profissão do cônjuge e alterar puerpério por meses do seu bebé.
- 2) perante os resultados alcançados nesta investigação na variável suporte social, justifica-se em futuros trabalhos o desenvolvimento de um instrumento próprio para esta população (no período pré e pós-natal) que aborde as necessidades de apoio social específicas durante este período de transição para a maternidade.

3) a partir dos resultados obtidos seria pertinente aplicar esta versão pós-natal a mães até aos 2 meses do pós-parto, pelo facto da vinculação após o nascimento ainda ser recente e no caso das primigestas ser uma novidade esta nova realidade, situação que poderia influenciar nos sintomas de ansiedade, depressão, stress e eventualmente no suporte social percebido e recebido.

4) um último ponto a considerar é o desenvolvimento de um estudo longitudinal, que permita acompanhar estas mulheres desde o início do período gestacional até aos 12 meses após o nascimento do seu bebé.

Conclusão

A parentalidade é uma parte fundamental no projecto de vida de homens e mulheres, na qual as famílias e a sociedade, em geral, depositam grandes expectativas. Face ao que acabámos de descrever, formar uma família, ser pai ou mãe, não gera simples factores biológicos ou sociais, mas acontecimentos que implicam ajustamento a uma variedade de transformações físicas, psicológicas e sociais.

A presente investigação pretendia aprofundar o conhecimento nesta área, e verificou-se que estamos perante um fenómeno complexo com dimensões ao nível biopsicossocial. Por isso, tornou-se importante perceber os vários factores fisiológicos, psicológicos e sociológicos que influenciam a gravidez e a maternidade. A partir destas informações optou-se por aprofundar e relacionar três variáveis que se verificaram importantes para esta população-alvo, que são a vinculação materna, os indicadores psicopatológicos (ansiedade, depressão e stress) e o suporte social.

Os resultados desta investigação, realizada a partir de uma amostra de 100 participantes, apoiaram em geral as nossas predições e foram consistentes com as investigações previamente elaboradas nesta área. Verifica-se uma associação significativa entre um maior suporte social e menores indicadores de ansiedade, depressão, stress e maior vinculação materna, estando igualmente associada menor vinculação mãe-bebé a maiores indicadores de ansiedade, depressão e stress.

Deste modo, esperamos que esta investigação venha possibilitar uma avaliação mais adequada dos indicadores de ansiedade, depressão, stress e do suporte social, permitindo assegurar uma vinculação materna saudável. Assim, será necessário agir na detecção precoce destas perturbações mentais e na criação de programas que gerem alternativas ao suporte social dirigido à mulher, bem como programas que fortaleçam uma rede de suporte social já existente no seu ambiente, nomeadamente as que facilite as relações com o companheiro e

com a sua própria mãe, visto haver evidências de que um bom suporte social é importante para uma boa adaptação à gravidez e à maternidade.

Devemos também valorizar o papel do pai, o seu envolvimento no período gestacional e pós-parto, não só pelo apoio emocional que dá à mulher, como também pela necessidade que tem em preparar-se para a paternidade. Assim, em estudos futuros, seria importante incluir o companheiro, neste género de investigação, visto este ser um período vivido em casal.

Com o terminar desta investigação, torna-se visível os ganhos adquiridos com a sua realização. Começando por definir uma temática sobre a qual se realizou uma pesquisa alargada sobre diversos temas relacionados com a gravidez e maternidade e após a construção do plano de investigação, entrar no terreno e contactar com a população-alvo, inserida num contexto clínico, foi bastante gratificante, porque permitiu aumentar e enriquecer o conhecimento nesta área. Uma vez terminado, considera-se que o esforço e empenho atribuído nesta investigação permitiu atingir os objectivos propostos, contribuindo para um enriquecimento pessoal e profissional com repercussões num melhor desempenho enquanto futura profissional na área da Psicologia Clínica e da Saúde.

Referências

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Allen, N. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1998). Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 3(10), 513-529.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV. "Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais"*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., Astrom, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1(189), 148-154.
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: A follow-up study. *Acta Obstetric Gynecology Scand*, 8(85), 937-944.
- Andrade, L. H., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 6(25), 285-290.
- Andrade, M. C. (1999). Custos e Benefícios da Maternidade Adiada. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 2, 5-12.
- Andrade, L. H., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2(33), 43-54.
- Andreani, G., Custódio, Z. A., & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, 24, 115-126.
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D., & Vaillant, G. (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal Nervous and Mental Disease*, 5(166), 307-316.
- Apóstolo, J. (2002). Vinculação-Intimidade e Bem-Estar Psicológico em Consumidores de Heroína: Estudo Comparativo Entre Consumidores e Não Consumidores. *Interações*, 2, 106-122.
- Araújo, D., Pereira, N., & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: Uma revisão sistemática da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 4(23), 747-756.
- Araújo, D. M., Vilarim, M. M., Sabroza, A. R., & Nardi, A. E. (2010). Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: Uma revisão sistemática da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 2(26), 219-227.

- Assumpção, F. B. (2008). *Psicopatologia Evolutiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 1(26), 135-141.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S., & Oliveira, M. G. (1999). Depressão e género: por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas em Psicologia*, 2(7), 143-156.
- Barnett, B., & Parker, G. (1986). Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. *Psychological Medicine*, 16, 177-185.
- Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, 4(14), 413-445.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social. Aspectos Teóricos Y Aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Barros, I. P. (2004). *Características psicológicas da primeira e da segunda gravidez: O uso do DFH e do TAT na assistência pré-natal* (Tese de mestrado em Psicologia não publicada). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Barros, I. C. (2010). *O impacto da separação mãe/bebé no período pós-parto – Perspectiva materna* (Tese de licenciatura em Enfermagem não publicada). Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências de Saúde, Porto, Portugal.
- Bayle, F. C. (2006). *À Volta do Nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 5(50), 275-285.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Belo, H. M. (2006). Auto-percepção materna das competências no cuidar do recém-nascido de termo. *Interacções*, 11, 131-145.
- Bergeman, C., Plomin, R., Pedersen, N., McClearn, G., & Nesselroade, J. (1990). Genetic and environmental influences on social support: The Swedish Adoption/Twin Study of Aging. *Journal of Gerontology*, 3(45), 101-106.
- Bernazzani, O., Saucier, J., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 4(42), 391-402.
- Besser, A., & Priel, B. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2(18), 240-253.
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L., Hayes, S., Muzik, M., Glatigny-Dallay, E., Valoriani, V., Kammerer M., & Henshaw, C. (2004). Maternal attachment

- style and depression associated with childbirth: Preliminary results from a European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, 184(46), 31-37.
- Bonomi, A. (2002). *Pré-natal humanizado: Gerando crianças felizes*. São Paulo: Atheneu.
- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 2, 310-321.
- Boss, P. (2002). *Family stress management – A contextual approach*. London: Sage Publications.
- Botelho, T. M., & Leal, I. (2007). A personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 129-144.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e Perda*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Brazelton, T. B. (1994). *Tornar-se Família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar Editores.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (2001). *A Relação Mais Precoce – os pais, os bebês e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar Editores.
- Brigido, M. (2010, Fevereiro). Variáveis psicológicas na adaptação ao nascimento de um filho. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal.
- Brito, I. (2009). A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 600-604.
- Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó, R. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2(33), 92-102.
- Camarneiro, A., & Justo, J. (2010). Padrões de Vinculação Pré-Natal – Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na região centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.
- Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do Psicólogo. *Análise Psicológica*, 1(18), 15-35.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a Parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-256). Lisboa: Fim de Século.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 6(37), 278-284.
- Caplan, G., Mason, E. A., & Kaplan, D. M. (2000). Four studies of crisis in parents of prematures. *Community Mental Health Journal*, 1(36), 25-45.
- Castillo, A. R., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 20-23.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 8(38), 300-314.
- Coelho, R., & Gonçalves, S. A. (2005). Perturbação de ansiedade generalizada em cuidados de saúde primários: Abordagem e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 65-75.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.
- Cohen-Solal, J., & Golse, B. (1999). *No início da vida psíquica: o desenvolvimento da primeira infância*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Collins, N., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(65), 1243-1258.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez - A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Conde, A. (2008). *Vinculação e psicopatologia, em mães e pais, na gravidez e transição para a parentalidade: Impacto no desenvolvimento fetal e neonatal* (Tese de doutoramento em Psicologia Clínica não publicada). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 3(24), 197-209.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na Gravidez: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(36), 41-49.

- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 2(66), 167-183.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.
- Condon, J. T., & Esuvaranathan, V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: A comparison of first and second time expectant couples. *British Journal of Medical Psychology*, 4(63), 369-377.
- Copper, R., Goldenberg, R., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G., Ramsey, R., Cotroneo, P., Collins, B., Johnson, F., Jones, P., & Meier, A. (1996). The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5(175), 1286-1292.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3(16), 365-371.
- Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: Factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 6(47), 609-621.
- Costa, A. G., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: Estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1(21), 73-79.
- Costa, S. B., & Assis, T. O. (2010). Hidrocinesioterapia como tratamento de escolha para lombalgia gestacional. *Revista Tema*, 14(9), 1-8.
- Costa, E. S., Pinon, G. M., Costa, T. S., Santos, R. C., Nóbrega, A. R., & Sousa, L. B. (2010). Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Revista Rene*, 2(11), 86-93.
- Coutinho, D. S., Baptista, M. N., & Morais, P. R. (2002). Depressão pós-parto: Prevalência e correlação com o suporte social. *Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência*, 2(10), 63-71.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1995). Interventions to Ease the Transition to Parenthood: Why They Are Needed and What They Can Do. *Family Relations*, 4(44), 412-423.
- Cranley, M. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 5(30), 281-284.
- Crittenden, P. M. (1985). Social Networks, Quality of Child Rearing, and Child Development. *Child Development*, 5(56), 1299-1313.

- Crnic, K. A., Greenberg M. T., Ragozin, A. S., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Developmental*, 1(54), 209-217.
- Crockenberg, S. B. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 3(52), 857-865.
- Cryan, E., Keogh, F., Connolly, E., Cody, S., Quinlan, A., & Daly, I. (2001). Depression among postnatal women in an urban Irish community. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1(18), 5-10.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 6(57), 1507-1518.
- Dawson, G., Frey, K., Panagiotides, H., Yamada, E., Hessl, D., & Osterling, J. (1999). Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal electrical brain activity during interactions with mother and with a familiar, nondepressed adult. *Child Development*, 5(70), 1058-1066.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3(16), 221-231.
- Deutsch, F. M., Ruble, D. N., Fleming, A., Brooks-Gunn, J., & Stangor, C. (1988). Information-seeking and maternal self-definition during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(55), 420-431.
- DiPietro, J. A., Hilton, S. C., Hawkins, M., Costigan, K. A., & Pressman, E. K. (2002). Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Developmental Psychology*, 5(38), 659-668.
- Doermann, D. (1999). *Postpartum depression is a mood disorder that begins after childbirth and usually lasts beyond six week*. Gale Encyclopedia of Medicine.
- Dunkel-Schetter, C., Sagrestano, L. M., Feldman, P., & Killingsworth, C. (1996). Social support and pregnancy: a comprehensive review focusing on ethnicity and culture. In Pierce, Sarason, & Sarason (Orgs.), *Handbook of social support and the family* (pp.375-412). Nova York: Plenum.
- Espinosa, L. M., Ochoa, G. M., Olaizola, J. H., & Martínez, M. M. (2004). *Introducción a la psicología comunitária*. Barcelona: Editorial UOC.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. (2006). Ansiedade no puerpério: Prevalência e factores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 3(28), 171-178.

- Faria, M. C. (2009). *Ligação Materno-fetal: uma perspectiva bioética* (Tese de mestrado em Filosofia não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal.
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 3(21), 176-191.
- Felice, E. M. (2000). *A psicodinâmica do puerpério*. São Paulo: Vetor.
- Felice, E. M. (2006). Trajectórias da maternidade e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(1), 7-32.
- Ferreira, L., & Viera, C. S. (2003). A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Uma revisão de literatura. *Acta Scientiarum - Health Sciences*, 1(25), 41-50.
- Ferreira, P. M. (2009). “Um olhar para além do ventre materno” *Crenças, comportamentos e estratégias das primigestas na gravidez* (Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 6(21), 1152-1156.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 1(26), 7-14.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento da Maternidade. In Soares, I., Gonçalves, M., Simões, M., Baptista, A., Marujo, J., Pereira, E., Gouveia, J., Farate, C., Figueiredo, B., Relvas, A., & Alarcão, M. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajectórias (in) Adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. (2001). Depressão pós-parto: considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clinica*, 3(22), 329-339.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas da maternidade. In Canavarro *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais A. (2005). Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(2/3), 121-131.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes e grávidas adultas: Diferentes circunstâncias de risco? *Acta Médica Portuguesa*, 18, 97-105.
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult

- pregnant women in a Portuguese series. *Attachment & Human Development*, 2(8), 123-138.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade de vinculação e dos relacionamentos significativos na gravidez. *Psicologia*, 1(20), 65-96.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Francisco, V. L., Pires, A., Pingo, S., Henriques, R., Esteves, M. A., & Valada, M. J. (2007). A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*, 2(25), 229-239.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 1(10), 47-55.
- Galvão, M. T., Costa, E., Lima, I. C., Paiva, S. S., Almeida, P. C., & Pagliuca, L. M. (2009). Comunicação não-verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/AIDS à luz da tacêsica. *Revista de Enfermagem*, 13(4), 780-85.
- Gazaneo, M. M., & Oliveira, L. F. (1998). Alterações Posturais durante a Gestação. *Revista Brasileira de Actividade Física e Saúde*, 2(3), 13-21.
- Geller, P. (2004). Pregnancy as a stressful life event. *Spectrums: The International Journal of Neuropsychiatric Medicine*, 3(9), 188-197.
- Gil, A. (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Goldstein, L., Diener, M., & Mangelsdorf, S. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: Associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology*, 1(10), 60-71.
- Golse, B. (2005). *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação Parental Durante a Gravidez: Versão Portuguesa da Forma Materna e Paterna da Antenatal Emocional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 153-165.
- Gonçalves, A. R. (2008). Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. *Revista de Ciências da Educação*, 5, 59-68.
- Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 3(106), 458-490.
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Mount, J. H., Milne, K., & Cordy, N. I. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(57), 269-274.

- Graham, C., Fischer, J., Crawford, D., Fitzpatrick, J., & Bina, K. (2000). Parental status, social support, and marital adjustment. *Journal of Family Issues*, 21, 888-905.
- Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). *O stress – Emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Groome, L. J., Swiber, M. J., Bentz, L. S., Holland, S. B., & Atterbury, J. L. (1995). Maternal anxiety during pregnancy: Effect on fetal behavior at 38 to 40 weeks of gestation. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 6(16), 391-396.
- Guadalupe, S. (2010). *Intervenção em Rede: Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Halbreich, U. (2004). Prevalence of mood symptoms and depressions during pregnancy: Implications for clinical practice and research. *CNS Spectrums*, 3(9), 177-184.
- Hall, L. A., Kotch, J. B., Browne, D., & Rayens, M. K. (1996). Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*, 4(45), 231-238.
- Hallstrom, C., & McClure, N. (2000). *Ansiedade e depressão – Perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 12(13), 673-685.
- Hart, R., & McMahan, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 6(9), 329-337.
- Hell, D. (2009). *Depressão – que sentido faz? Uma abordagem integrativa*. Lisboa: Setecaminhos.
- Hobfoll, S. E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M. R., & Cameron, R. P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(63), 445-453.
- Honjo, S., Arai, S., Kaneko, H., Ujiie, T., Murase, S., Sechiyama, H., Sasaki, Y., Hatagaki, C., Inagaki, E., Usui, M., Miwa, K., Ishiara, M., Hashimoto, O., Nomura, K., Itakura, A., & Inoko, K. (2003). Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology*, 6(36), 304-311.
- Huffman, K., Vernoy, M., & Vernoy, J. (2003). *Psicologia*. São Paulo: Editora Atlas.
- Ito, L. M. (1998). *Terapia cognitiva-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Jennings, K., Stagg, V., & Connors, R. (1991). Social Networks and Mothers' Interactions with Their Preschool Children. *Child Development*, 5(62), 966-978.
- Jesus, S. N. (2002). *Perspectivas para o Bem-Estar Docente: Uma Lição de Síntese*. Porto: Edições Asa

- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 3(80), 251-255.
- Josefsson, A., Angeliio, L., Berg, G., Ekstrom, C., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjo, G. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 2(99), 223-228.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill
- Justo, J. M., Bacelar-Nicolau, H., & Dias, O. (1999). Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(1), 115-129.
- Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um Apego Seguro e para a Independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kramlinger, K. (2004). *Depressão: Pesquisada e comentada pela Clínica Mayo*. Rio de Janeiro: Anima Editora.
- Kumar, R., & Robson, R. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Kumar, R., Robson, K. M., & Smith, A. M. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(1), 43-51.
- Lafer, B., Almeida, O., Fráguas, R., & Miguel, E. (2000). *Depressão no ciclo de vida*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 1(25), 95-100.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-22.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Leal, I. (2005a). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2005b). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Chong, C. S., Chui, H. W., & Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 5(110), 1102-1112.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lederman, R. (1984). *Psychological Adaptation in Pregnancy*. Beverly Hills: Sage.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 1(95), 55-96.
- Lencastre, M. P. (2009). Etologia da Depressão: Contribuição para uma Perspectiva Evolutiva das Emoções Sociais e da Depressão. *Revista de Saúde Mental*, 4(11), 11-28.
- Levy-Shiff, R. (1999). Fathers' cognitive appraisals, coping strategies, and support resources as correlates of adjustment to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 4(13), 554-567.
- Lobel, M., DeVincent, C. J., Kaminer, A., & Meyer, B. A. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology*, 6(19), 544-553.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 5(20), 561-592.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 3(33), 335-343.
- Lovisi, G., Milanil, I., Caetano, G., Abelha, L., & Morgado, A. (1996). Suporte Social e distúrbios psiquiátricos: Em que base se alicerça a associação? *Informação Psiquiátrica*, 2(15), 65-68.
- Lubin, B., Gardener, S., & Roth, A. (1975). Mood and Somatic Symptoms During Pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 2(37), 136-146.
- Machado, T., Fonseca, A., & Queiroz, E. (2008). Vinculação aos pais e problemas de internalização em adolescentes – Dados de um estudo longitudinal. *INFAD Revista de Psicologia/International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 321-332.
- Maçola, L., Vale, I., & Carmona, E. (2010). Avaliação da auto-estima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista da Escola de Enfermagem*, 44(3), 570-577.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 4(12), 373-380.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria*, 25(1), 65-74.
- Marnie, E. (1989). *O Início da Vida*. São Paulo: Editora Best Seller.

- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações Mentais. *Análise Psicológica*, 1 (21), 85-94.
- Martens, R., Vealey, R., & Burton, D. (1990). *Competitive Anxiety in Sport*. Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Matos, I., Leal, I., & Ribeiro, J. (2000). Validação preliminar de uma técnica de avaliação de feminino/materno. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 69-77.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E-O., Messias, D., & Schumacker, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação materno-fetal: Contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994). Predictors of Maternal Role Competence by Risk Status. *Nursing Research*, 1(43), 38-43.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1999). Maternal-fetal bonding, coping strategies and mental health during pregnancy - The contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3(18), 255-276.
- Miller, B. C. & Myers-Walls, J. A. (1983). Parenthood: Stresses and Coping Strategies. In McCubbin & Figley, *Stress and the Family – Coping with Normative Transitions* (pp. 54-73). Nova Iorque: Brunner/Mazel.
- Miller, B. C., & Sollie, D. L. (1980). Normal stresses during the transition to parenthood. *Family Relations*, 4(29), 459-465.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monk, C., Fifer, W. P., Myers, M.M., Sloan, R. P., Trien, L., & Hurtado, A. (2000). Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: Effects on fetal heart rate. *Developmental Psychobiology*, 1(36), 67-77.
- Montagner, H. (1900). *A vinculação: A aurora da ternura*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Moraes, I. G., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 1(40), 65-70.
- Mosso, F. T., Volpi, F. C., Scalise, D. V., Molina, M. A., & Ramos, E. R. (2008). Prevalência de depressão pós-parto em puérperas de Maringá. *Revista Saúde e Pesquisa*, 3(1), 251-257.

- Mota, M. R. R. (2011). *Representações sociais da gravidez: A experiência da maternidade em instituição* (Tese de mestrado em Política Social não publicada). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Muylder, X. (1990). Etiologie du travail prématuré: Quel est le rôle des facteurs psychologiques? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1(19), 77-82.
- Nascimento, M. J. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, 1(21), 47-51.
- Nott, P., Franklin, M., Armitage, C., & Gelder, M. (1976). Hormonal changes and mood in the puerperium. *British Journal of Psychiatry*, 128, 379-383.
- O'Connor, T., Heron, J., Vivette, G. (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 12(41), 1470-1477.
- O'Connor, T., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioral/emotional problems at 4 years. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 502-508.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- O'Hara, M., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 1(8), 37-54.
- O'Hara, M. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In Murray, L., & Cooper, P., *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press.
- Ohman, S., Grunewald, C., & Waldenstrom, U. (2003). Women's worries during pregnancy: Testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2(17), 148-152.
- Oliveira, C., Pedrosa, A., & Canavarro, M. (2005). Gravidez, Parentalidade e Mudança. Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In Pinto & Silva (coord), *Stress e Bem-estar. Modelos e domínios de aplicação* (pp. 59-83). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, C. S. (2008). *(A)Sexualidade(s) na Gravidez: Avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros* (Tese de Mestrado em Educação não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Oliveira, G. K., França, B. F., Freire, K. R., & Oliveira, E. R. (2010). Intervenções de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. *Revista Electrónica de Ciências*, 1(3), 58-67.
- Omer, H. (1986). Possible psychophysiologic mechanisms in premature labor. *Psychosomatics*, 27, 580-584.

- Omer, H., Elizur, Y., Barnea, T., Fiedlander, D., & Palti, Z. (1986). Psychological variables and premature labour: A possible solution for some methodological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 5(30), 559-565.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2-3(12), 333-339.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia Comunitária - Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 3(15), 375-388.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(7), 7- 41.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2009). Qualidade do relacionamento com pessoas significativas: Comparação entre grávidas adolescentes e adultas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(2), 129-144.
- Pagel, M., Smilkstein, G., Regen, H., & Montano, D. (1990). Psychosocial influences on new born outcomes: A controlled prospective study. *Social Science & Medicine*, 5(30), 597-604.
- Paiva, S. S., Galvão, M. T. G., Pagliuca, L. M. F., & Almeida, P. C. (2010, Abril). Comunicação não-verbal durante cuidados prestados aos filhos por mães com Vírus da Imunodeficiência Humana. In *Acta Paulista de Enfermagem*. Universidade Federal do Ceará, Brasil.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, 1(65), 9-17.
- Pereira, M. G., Santos, A. C., & Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: Um estudo Biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 3(17), 583-590.
- Pereira, A. S. (2006). Stress e Doença – Contributo da Psicologia da Saúde na última década. In Leal, I., *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 145-168). Coimbra: Quarteto Editora
- Pereira, M. G. (2007). *Psicologia da Saúde Familiar: Aspectos Teóricos e Investigação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e factores associados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 4(35), 144-153.
- Piccinini, C., Gomes, A., Moreira, L., & Lopes, R. (2004). Expectativas e Sentimentos da Gestante em Relação ao seu Bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3(20), 223-232.

- Piccinini, C., Silva, M., Gonçalves, T., Lopes, R., & Tudge, J. (2004). O Envolvimento Paterno durante a Gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314.
- Piccinini, C., Gomes, A., Nardi, T., & Lopes, R. (2008). Gestação e a construção da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 1(13), 63-72.
- Piccinini, C., Levandowski, D., Gomes, A., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 373-382.
- Pires, A. (1990). Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica*, 9(4), 445-452.
- Pollock, P., & Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1345-1357.
- Portelinha, C. (2003). *Sexualidade na Gravidez: Estudo descritivo realizado numa amostra de mulheres do distrito de Coimbra*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, E. M., Kuczynski, L., & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two and three-year-old in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 4(56), 884-893.
- Radke-Yarrow, M., Nottelmann, E., Martinez, P., Fox, M., & Belmont, B. (1992). Young children of affectively ill parents: A longitudinal study of psychosocial development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1(31), 68-77.
- Ramos, M. M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3(25), 399-413.
- Ramos, S. H., & Furtado, E. F. (2007). Depressão puerperal e interação mãe-bebê: Um estudo piloto. *Psicologia em Pesquisa*, 1(1), 20-28.
- Rappaport, C. R., Fiori, W. R., & Herzberg, E. (1981). *Psicologia do Desenvolvimento. A infância inicial: O bebê e sua mãe*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. (2004). A escolha do cuidado alternativo para o bebê e a criança pequena. *Estudos de Psicologia*, 3(9), 497-503.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. (2006). Apoio Social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 1(16), 85-96.
- Rato, P. I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 3(16), 405-413.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.

- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 3(49), 167-180.
- Righetti, P., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Medical Psychology*, 96, 129-137.
- Ritter, C., Hobfoll, S., Lavin, J., Cameron, R., & Hulsizer, M. (2000). Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychology*, 6(19), 576-585.
- Rodrigues, V. B. (2008). *Satisfação com o Suporte Social em indivíduos com Perturbação Psiquiátrica: Estudo Exploratório* (Tese de Licenciatura em Psicologia Clínica não publicada). Faculdade de Ciências Humanas Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Rombaldi, A. R., Espinosa, S. M., Wittke, E. I., Teixeira, C. C., Camazzola, F. E., & Farinazzo, M. M. (2008). Valvulopatias na Gestação: Conduta Clínica, Anticoagulação e Tratamento cirúrgico. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, 15(16), s/p.
- Rygaard, N. P. (2006). *A criança abandonada: Guia de tratamento das perturbações da vinculação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: Impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 17-29.
- Santiago, M. C. F. (2009). *Percepções e Comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório: Contributos para a promoção da saúde da mulher migrante* (Tese de mestrado em Comunicação em Saúde não publicada). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). A pessoa com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1981). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 1(44), 127-139.
- Schaffer, H. R. (1996). *Desenvolvimento social da criança*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, 43(19), 211-220.
- Schneider, M. L., Moore, C. F., Roberts, A. D., & DeJesus, O. (2001). Prenatal stress alters early neurobehavior, stress reactivity and learning in non-human primates: A brief review. *Stress - The International Journal on the Biology of Stress*, 3(4), 183-193.
- Serra, A. V. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: MinervaCoimbra.
- Siddiqui, A., & Hagglof, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 1(59), 13-25.
- Silva, J. A. (2002). Psico-Neuro-Endocrino-Imuno-Reumatologia: Explorando os mecanismos biológicos das manifestações psico-somáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 4(27), 251-262.
- Silva, E. T., & Botti, N. C. (2005). Depressão Puerperal – Uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2(7), 231-238.
- Silva, A., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25(3), 253-264.
- Sluzki, C. E. (2006). *A rede social na prática sistémica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soares, I. (2001). Vinculação e cuidados maternos: Segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 75-104). Coimbra: Quarteto Editora.
- Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Souza, A. I., Filho, M. B., & Ferreira, L. O. (2002). Alterações Hematológicas e Gravidez. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 24(1), 29-36.
- Souza, D. B., & Ferreira, M. C. (2005). Auto-estima pessoal e colectiva em mães e não mães. *Psicologia em Estudo*, 1(10), 19-25.
- Spitz, R. A. (2000). *Primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stern, D. N. (1997). *A Constelação da Maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Strapasson, M. R., & Nedel, M. N. (2010). Puerpério imediato: Desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(3), 521-528.
- Sutter-Dallay, A., Giaccone-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E., & Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense

- postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 8(19), 459-463.
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e pós-parto. *Análise Psicológica*, 4(8), 389-398.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 5(62), 918-929.
- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 3(31), 364-376.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 2(23), 145-159.
- Tomlinson, M., Swartz, L., Cooper, P., & Molteno, C. (2004). Social factors and postpartum depression in Khayelitsha, Cape Town. *South African Journal of Psychology*, 3(34), 409-420.
- Treadway, C. R., Jane, F. J., Jarradi-Zadeh, A., & Lipton, M. A. (1969). A psychoendocrine study of pregnancy and puerperium. *American Journal of Psychiatry*, 10(125), 1380-1386.
- Van den Bergh, B. R. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Per and Peri-Natal Psychology Journal*, 2(5), 119-130.
- Vanderlinde, L. F., Borba, G. A., & Vieira, M. L. (2009). Importância da rede social de apoio para mães de crianças na primeira infância. *Revista de Ciências Humanas*, 2(43), 429-443.
- Verdoux, H., Sutter, A., Glatigny-Dallay, E., & Minisini, A. (2002). Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 3(106), 212-219.
- Vergara, S. (1998). *Projectos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Editora Atlas.
- Viana, V., Guimarães, H., Maia, T., Ramos, M., & Mendes, F. (2005). Apoio às mães em crise num serviço de neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(6), 119-130.
- Vidal, A. S. (1996). *Psicologia Comunitária – Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: EUB.

- Vieira, F. E. (2008). *Avaliação da Representação das Relações Íntimas, Comportamento Diádico e Percepção da Vinculação: Estudo exploratório* (Tese de mestrado em Psicologia Clínica não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Viera, C. S., Mello, D. F., Oliveira, B. R., & Furtado, M. C. (2010). Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 1(12), 11-19.
- Weinberg, M., & Tronick, E. (1994). Maternal depression and infant maladjustment: A failure of mutual regulation. In Noshpitz, J., Greenspan, S., Wieder, S., & Osofsky, J. (1997). *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry* (vol. I), (pp. 177-191). United States of America: John Wiley e Sons.
- Weinstock, M. (2001). Effects of maternal stress on development and behavior in rat offspring. *Stress - The International Journal on the Biology of Stress*, 3(4), 157-167.
- Widlocher, D. (2001). *As lógicas da depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2005). *Tratar as pessoas com depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Wilmoth, J., & Smyser, A. (2009). The ABC-X model of family stress in the book of Philippians. *Journal of Psychology and Theology*, 3(37), 155-162.
- Winnicott, D. W. (2002). *Os bebés e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Yalom, I. D., Lunde, D. T., Moos, R. H., & Hamburg, D. A. (1968). "Postpartum Blues" Syndrome. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 6(23), 545-548.
- Zajicek, E., & Wolkind, S. (1978). Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. *British Journal of Medical Psychology*, 4(51), 379-385.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 1(52), 30-41.
- Zugaib, M., Tedesco, J., & Quayle, J. (1997). *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu Editora.

Anexo A

Pedidos de autorização aos
autores dos instrumentos

Sara Manuela Airosa da Silva para jlpr

Caro Professor Doutor Pais Ribeiro,

O meu nome é Sara Manuela Airosa da Silva, neste momento encontro-me a realizar uma investigação, desenvolvida no âmbito da Dissertação de Mestrado, com o objectivo de obter o grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Fernando Pessoa, do Porto. A orientação do estudo estará sob o cuidado da Professora Doutora Isabel Silva.

O tema desta investigação intitula-se Vinculação materna durante a gravidez: impacto da ansiedade, depressão, stress e suporte social.

Venho por este meio pedir a sua autorização para a utilização da EADS-21 e da “Escala de Satisfação com o Suporte Social”. Agradecia de igual modo que o Prof. Doutor me enviasse por e-mail (16833@ufp.edu.pt), a autorização para ambas e a cotação da EADS-21.

Desde já agradeço a atenção dispensada, ficando a aguardar a sua autorização.

Com os melhores cumprimentos,

Atenciosamente,

Sara Silva.

Resposta ao pedido:

José Luis Pais Ribeiro para mim
autorizo a utilização das escalas pedidas

José Luis Pais Ribeiro

Cara Professora Doutora Rita Gomez,

O meu nome é Sara Manuela Airosa da Silva, neste momento encontro-me a realizar uma investigação, desenvolvida no âmbito da Dissertação de Mestrado, com o objectivo de obter o grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Fernando Pessoa do Porto. A orientação do estudo estará sob o cuidado da Professora Doutora Isabel Silva.

O tema desta investigação intitula-se "Vinculação materna durante e após a gravidez: impacto da ansiedade, depressão, stress e suporte social".

Venho por este meio pedir a sua autorização para a utilização da Escala de Vinculação Pré-Natal (AEAS) - versão materna. Agradecia de igual modo que a Prof. Doutora me enviasse por e-mail (16833@ufp.edu.pt), a autorização, a escala e a cotação da mesma.

Desde já agradeço a atenção dispensada, ficando a aguardar a sua autorização.

Com os melhores cumprimentos,

Atenciosamente,

Sara Silva.

Resposta ao pedido:

Cara Sara,

Peço desculpa pelo atraso na resposta, mas estive muito ocupada.

Envio-lhe em anexo a versão materna e paterna da escala, e o artigo com o estudo de validação.

Felicidades para o seu trabalho, e os melhores cumprimentos,

Rita Gomez

Anexo B

Pedido de autorização à
Comissão de Ética da
Universidade Fernando Pessoa

Porto, 30 de Junho de 2011

Exmos Senhores membros do Conselho de Ética
da Universidade Fernando Pessoa,

Junto envio o meu projecto de estudo intitulado “Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social” a ser aplicado na minha tese de Mestrado, especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof. Dr.^a Isabel Silva, para fazerem o favor de emitir parecer.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Manuela Airosa da Silva

Sara Manuela Airosa da Silva



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

com conhecimento e
atuna e b orientada,
J. Fleming
01/08/2011

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Directora da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 29 de Julho de 2011

Exma. Senhora Prof. Doutora,

Depois de efectuadas as alterações propostas pela Comissão de Ética, considera-se nada haver a opor ao Projeto de Estudo "Vinculação Materna durante e após a Gravidez, Depressão, Stress e Suporte Social" apresentado pela aluna Sara Manuela Airosa da Silva.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da
Comissão de Ética

J. Fleming Torrinha



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

MFC 502 051 602 - Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA - | Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | | Faculdade de Ciência e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 1300 - F. +351 22 550 8269 - geral@ufp.pt
| Faculdade de Ciências da Saúde | - | Escola Superior de Saúde | R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 - F. +351 22 507 4637 - R. Dethm Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6371 - geral.asaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Bertandos - 4990-078 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 412 - geral.pilima@ufp.pt

Anexo C

Pedido de autorização ao
Centro de Saúde de Rio Tinto -
Gondomar

Exmº Sr. Presidente do Aces de Gondomar

Dr. Carlos Nunes

Vimos por este meio solicitar a vossa autorização para a realização de um estudo sobre a vinculação materna durante e após a gravidez, inserido no âmbito da realização de uma Dissertação de Mestrado, com o objectivo de obter o grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Fernando Pessoa, do Porto.

A orientação do estudo estará sob o cuidado da Professora Doutora Isabel Silva, docente dessa Universidade.

Envio em anexo: pedido de autorização, projecto de investigação, resposta da comissão de ética da UFP, declaração de consentimento informado e os questionários a utilizar na investigação.

Agradeça que o Doutor enviasse por e-mail (16833@ufp.edu.pt) a autorização.

Desde já agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Atenciosamente,

Sara Silva.

Resposta ao pedido:

Exmª Srª Sara Silva

Em primeiro lugar pedimos desculpa pelo atraso na resposta, que não nos foi possível mais prontamente.

No seguimento do solicitado, e após análise das informações respeitantes ao estudo em causa, não há qualquer inconveniente por parte do Conselho Clínico de ACES de Gondomar na realização do projecto a que se propõe.

Apresentamos apenas a condição de nos ser remetida uma cópia do trabalho final.

Com os melhores cumprimentos,

P'lo Conselho Clínico ACES Gondomar

Cristina Pascoal

Anexo D

Folha de Rosto

e

Questionário Sócio-
Demográfico e Clínico

Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão,
Stress e Suporte Social

No âmbito da elaboração desta dissertação de mestrado, trabalho final do curso de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa, no Porto, vimos pedir a sua colaboração, no preenchimento destes questionários.

Esta investigação tem como objectivo avaliar a associação entre suporte social e a sintomatologia depressiva e ansiosa, verificando qual a relação destas variáveis com a vinculação estabelecida entre mãe e bebé. De referir, que os seus dados serão anónimos e apenas recolhidos para tratamentos estatísticos, destinados a fins exclusivamente académicos, garantindo-se assim a sua confidencialidade e o anonimato.

Por favor, leia atentamente as frases que se seguem e exprima a sua opinião em relação a cada um delas, assinalando com uma cruz (X) a opção com que mais se identifica. Assegure-se que responde a todas as questões, devendo optar apenas por uma das hipóteses apresentadas. Não existem respostas certas ou erradas.

Agradecemos a sua preciosa colaboração.

Data: ___/___/_____

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

Dados Sócio-Demográficos

Idade: _____

Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Escolaridade (nº de anos de frequência escolar com sucesso): _____

Profissão: _____

Profissão do cônjuge: _____

Agregado Familiar (número de pessoas): _____

História Obstétrica (actual)

❖ Uso de método anticoncepcional:

Sim _____ Qual? _____ Não _____

❖ Gravidez planeada:

Só pela mãe _____ Só pelo pai _____ Por ambos _____ Não _____

❖ Gravidez desejada:

Só pela mãe _____ Só pelo pai _____ Por ambos _____ Não _____

❖ Aceitação da gravidez:

Só pela mãe _____ Só pelo pai _____ Por ambos _____ Não _____

❖ Tempo de gestação actual _____

❖ Tempo de puerpério _____

História Obstétrica (antecedentes)

Gravidez anterior. Sim _____ Quantas? _____ / Não _____

Número de filhos _____

Abortos espontâneos. Sim _____ Quantos? _____ / Não _____

Interrupções Voluntárias de gravidez:

Sim _____ Quantas? _____ / Não _____

Interrupções Médicas de gravidez:

Sim _____ Quantas? _____ / Não _____

Partos prematuros:

Sim _____ Quantos? _____ / Não _____

Morte Fetal/Neonatal/Nado-morte:

Sim _____ Quantas? _____ / Não _____

Infertilidade prolongada:

Sim _____ Há quanto tempo (anos)? _____ / Não _____

Outros. _____

História Psicopatológica (antecedentes)

Depressão:

Sim _____ / Há quanto tempo (anos)? _____ / Não _____

Ansiedade:

Sim _____ / Há quanto tempo (anos)? _____ / Não _____

Medicação Psiquiátrica:

Sim _____ / Ansiolíticos _____ Antidepressivos _____ / Não _____

Muito Obrigada pela sua Colaboração.

Anexo E

Escala de Vinculação

Pré-Natal

AEAS – Versão Materna (pré-natal)

(versão original: J.T. Condon, 1993; versão portuguesa: R. Gomez & I. Leal, 2007)

Por favor, responda às seguintes questões assinalando uma das cinco possibilidades.

1. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado ou tenho-me preocupado com o bebé dentro de mim:

- quase o tempo todo
- muito frequentemente
- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca

2. Nas últimas 2 semanas, quando falo ou penso sobre o bebé dentro de mim tenho sentido emoções que são:

- muito fracas ou nenhuma
- relativamente fracas
- entre fortes e fracas
- relativamente fortes
- muito fortes

3. Nas últimas 2 semanas, os meus sentimentos em relação ao bebé dentro de mim têm sido:

- muito positivos
- principalmente positivos
- uma mistura entre positivos e negativos
- principalmente negativos
- muito negativos

4. Nas últimas 2 semanas, o meu desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento tem sido:

- muito fraco ou nenhum
- relativamente fraco
- nem forte nem fraco
- moderadamente forte
- muito forte

5. Nas últimas 2 semanas, tenho tentado imaginar como o bebé em desenvolvimento se parece dentro da minha barriga:

- quase o tempo todo
- muito frequentemente
- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca

6. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado no bebé em desenvolvimento principalmente como:

- uma pequena pessoa real com características especiais
- um bebé como qualquer outro
- um ser humano
- uma coisa viva
- uma coisa ainda não propriamente viva

7. Nas últimas 2 semanas, tenho sentido que o bem-estar do bebé dentro da minha barriga depende de mim:
- totalmente
 - em grande medida
 - moderadamente
 - ligeiramente
 - nada
8. Nas últimas 2 semanas, tenho dado por mim a falar com o meu bebé quando estou sozinha:
- nunca
 - ocasionalmente
 - frequentemente
 - muito frequentemente
 - quase todo o tempo que estou sozinha
9. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebé dentro de mim, os meus pensamentos:
- contém sempre ternura e amor
 - contém na maioria das vezes ternura e amor
 - contém um misto de ternura e irritação
 - contém alguma irritação
 - contém muita irritação
10. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebé dentro de mim os meus sentimentos têm sido:
- muito tristes
 - moderadamente tristes
 - uma mistura entre felicidade e tristeza
 - moderadamente felizes
 - muito felizes
11. Nas últimas 2 semanas, tenho-me sentido emocionalmente:
- muito distante do bebé
 - moderadamente distante do bebé
 - não particularmente próxima do bebé
 - moderadamente próxima do bebé
 - muito próxima do bebé
12. Nas últimas 2 semanas, tenho tido cuidado com o que como para assegurar que o bebé tem uma dieta saudável:
- nunca
 - raramente
 - ocasionalmente
 - regularmente
 - sempre
13. Suponho que quando vir o bebé pela primeira vez depois do nascimento:
- vou sentir intensa afeição
 - vou sentir essencialmente afeição
 - vou sentir afeição, mas alguns aspectos do bebé poderão desgostar-me
 - vários aspectos do bebé poderão desgostar-me
 - vou sentir-me principalmente desgostosa

14. Quando o bebê nascer, gostaria de pegar nele:

- imediatamente
- após ter sido embrulhado num cobertor
- após ter sido lavado
- após ter descansado algum tempo
- no dia seguinte

15. Nas últimas 2 semanas, tenho tido sonhos acerca da gravidez ou do bebê:

- nunca
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todas as noites

16. Nas últimas 2 semanas, tenho dado por mim a tocar ou a passar com a mão na minha barriga onde está o bebê:

- muitas vezes por dia
- pelo menos uma vez por dia
- ocasionalmente
- apenas uma vez
- nunca

17. Se a gravidez fosse interrompida neste momento (devido a aborto espontâneo ou outro acidente) sem qualquer dor ou mazela para mim, penso que me sentiria:

- muito satisfeita
- moderadamente satisfeita
- nem triste nem satisfeita; ou com sentimentos mistos
- moderadamente triste
- muito triste

Anexo F

Escala de Vinculação

Pós-Natal

AEAS – Versão Materna (pós-natal)

(versão original: J.T. Condon, 1993; versão portuguesa: R. Gomez & I. Leal, 2007)

Por favor, responda às seguintes questões assinalando uma das cinco possibilidades.

1. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado ou tenho-me preocupado com o bebé:

- quase o tempo todo
- muito frequentemente
- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca

2. Nas últimas 2 semanas, quando falo ou penso sobre o bebé tenho sentido emoções que são:

- muito fracas ou nenhuma
- relativamente fracas
- entre fortes e fracas
- relativamente fortes
- muito fortes

3. Nas últimas 2 semanas, os meus sentimentos em relação ao bebé têm sido:

- muito positivos
- principalmente positivos
- uma mistura entre positivos e negativos
- principalmente negativos
- muito negativos

4. Nas últimas 2 semanas, o meu desejo de ler ou obter informação acerca do bebé tem sido:

- muito fraco ou nenhum
- relativamente fraco
- nem forte nem fraco
- moderadamente forte
- muito forte

5. Nas últimas 2 semanas, tenho tentado imaginar como o bebé se parece:

- quase o tempo todo
- muito frequentemente
- frequentemente
- ocasionalmente
- nunca

6. Nas últimas 2 semanas, vejo o bebê em desenvolvimento principalmente como:

- uma pequena pessoa real com características especiais
- um bebê como qualquer outro
- um ser humano
- algo vivo
- algo ainda não propriamente vivo

7. Nas últimas 2 semanas, tenho sentido que o bem-estar do bebê depende de mim:

- totalmente
- em grande medida
- moderadamente
- ligeiramente
- nada

8. Nas últimas 2 semanas, tenho dado por mim a falar com o meu bebê quando estou sozinha:

- nunca
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todo o tempo que estou sozinha

9. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebê, os meus pensamentos:

- contém sempre ternura e amor
- contém na maioria das vezes ternura e amor
- contém um misto de ternura e irritação
- contém alguma irritação
- contém muita irritação

10. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebê os meus sentimentos têm sido:

- muito tristes
- moderadamente tristes
- uma mistura entre felicidade e tristeza
- moderadamente felizes
- muito felizes

11. Nas últimas 2 semanas, tenho-me sentido emocionalmente:

- muito distante do bebê
- moderadamente distante do bebê
- não particularmente próxima do bebê
- moderadamente próxima do bebê
- muito próxima do bebê

12. Nas últimas 2 semanas, tenho tido cuidado com o que como para assegurar que o bebé tem uma dieta saudável:
- nunca
 - raramente
 - ocasionalmente
 - regularmente
 - sempre

13. Quando vi o bebé pela primeira vez depois do nascimento:
- senti intensa afeição
 - senti essencialmente afeição
 - senti afeição, mas alguns aspectos do bebé estão a desagradar-me
 - vários aspectos do bebé estão a desagradar-me
 - sinto-me principalmente desgostosa

14. Quando o bebé nasceu, peguei nele:
- imediatamente
 - após ter sido embrulhado num cobertor
 - após ter sido lavado
 - após ter descansado algum tempo
 - no dia seguinte

15. Nas últimas 2 semanas, tenho tido sonhos acerca do bebé:
- nunca
 - ocasionalmente
 - frequentemente
 - muito frequentemente
 - quase todas as noites

16. Nas últimas 2 semanas, tenho dado por mim a tocar ou a passar com a mão no bebé:
- muitas vezes por dia
 - pelo menos uma vez por dia
 - ocasionalmente
 - apenas uma vez
 - nunca

Anexo G

Escala de Ansiedade,
Depressão e Stress (EADS-21)

EADS-21

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1 Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2 Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4 Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5 Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6 Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7 Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9 Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11 Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12 Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13 Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14 Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15 Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16 Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17 Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18 Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20 Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21 Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Anexo H

Escala de Satisfação com o
Suporte Social (ESSS)

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS) (Ribeiro, 1999)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo I

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo: Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social

Este estudo tem como objectivo avaliar a associação entre suporte social e a sintomatologia depressiva e ansiosa, verificando qual a relação destas variáveis com a vinculação estabelecida entre mãe e bebé.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome: Sara Manuela Airosa da Silva

Assinatura: