

Bárbara Ferreira Maia de Tavares Almeida

Os Diferentes Tipos de Parto e as suas Possíveis Consequências na Relação Mãe-Bebe

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2018

Bárbara Ferreira Maia de Tavares Almeida

Os Diferentes Tipos de Parto e as suas Possíveis Consequências na Relação Mãe-Bebe

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2018

Bárbara Ferreira Maia de Tavares Almeida

Os Diferentes Tipos de Parto e as suas Possíveis Consequências na Relação Mãe-Bebe

Bárbara Ferreira Maia de Tavares Almeida

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof. Doutora Ana Rodrigues Costa.

Resumo

O momento do parto é um dos mais ansiados e esperados pelas gestantes. É durante a gestação que os medos e os anseios sobre este momento são pensados pelas futuras parturientes, sendo o que o tipo de parto a realizar é uma das decisões mais importantes.

O objetivo geral deste trabalho é perceber se o tipo de parto realizado traria, ou não, consequências para a relação mãe bebê. Como objetivos específicos temos: estudar as qualidades psicométricas da escala “PBQ – Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento”; verificar quais os fatores que influenciam na escolha do tipo de parto; verificar se existem diferenças entre o planeamento ou não da gravidez quanto à existência de perturbações na ligação ao bebê após o nascimento; verificar se existem diferenças na percepção das mães sobre a relação com o o /a filho/a considerando o tipo de parto; verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebê após o nascimento, considerando o tipo de parto; verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebê após o nascimento, considerando o sexo do bebê; verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebê após o nascimento- ligação danificada ao bebê, considerando o tipo de parto realizado; verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebê após o nascimento – ligação positiva ao bebê considerando o tipo de parto; verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebê após o nascimento – rejeição/raiva considerando o tipo de parto.

As nossas participantes são 112 mulheres que foram mães pela última vez, no máximo, há três anos, com idades compreendidas entre os 21 e os 45 anos de idade ($M=33,49$; $Dp=4,617$).

Para a recolha de dados elaborou-se um questionário composto por duas partes: uma secção sobre dados sociodemográficos; outra sobre dados relativos ao filho e informações da gravidez/parto. Por último, utilizou-se Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento.

Relativamente aos resultados, o PBQ apresenta uma consistência interna razoável. Os resultados apenas se mostraram estatisticamente significativos quanto à percepção das mães, ou seja, na sua percepção, o tipo de parto vai influenciar a ligação mãe bebé. Contudo, quer o fator Ligação Danificada ao Bebé, quer a Ligação Positiva ao Bebé e quer a Rejeição/Raiva, não apresentaram resultados estatisticamente significativos, assim como ao nível da existência de diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o tipo de parto.

Palavras-chave: parto, tipos de parto, vinculação.

Abstract

The moment of birth is one of the most desired and expected by pregnant women. It is during gestation that the fears and yearnings about this moment are thought by future parturients, and the type of birth to be performed is one of the most important decisions.

The general objective of this study is to understand if the type of delivery performed would or would not have consequences for the mother-infant relationship. As specific objectives we have: to study the psychometric qualities of the scale "PBQ – Postpartum Bonding Questionnaire"; to verify which factors influence the choice of the type of delivery; check whether there are any differences between planning and not planning for the existence of disturbances in the connection to the baby after birth; to verify if there are differences in the mothers' perception of the relationship with the child considering the type of childbirth; check for differences in disturbances in connection to the baby after birth, considering the type of delivery; check for differences in disturbances in connection to the baby after birth, considering the sex of the baby; check for any differences in disturbances in the connection to the baby after birth - damaged connection to the baby, considering the type of delivery performed; check for differences in disturbances in connection to the baby after birth - positive connection to the baby considering the type of delivery; check for differences in disturbances in connection to the baby after birth - rejection / anger considering the type of delivery.

Our participants are 112 women who were mothers for the last time, at most, three years ago, aged between 21 and 45 years ($M = 33.49$; $Dp = 4.617$)

To collect data, a questionnaire was elaborated with two parts: a session on sociodemographic data; another on child-related data and pregnancy/childbirth information. Lastly, a Postpartum Bonding Questionnaire.

Regarding the results, the PBQ has a reasonable internal consistency. The results were only statistically significant in terms of the mothers' perception, that is, in their perception, the type of delivery will influence the infant mother connection. However, both the Damaged Binding Factor to the Baby, the Positive Bonding to the Baby and the Rejection / Rabies, did not present statistically significant results, as well as the existence of differences regarding the disturbances in the connection to the baby after birth, considering the type of delivery

Key words: childbirth, types of childbirth, attachment

Agradecimentos

À prof. Ana Costa por todos os ensinamentos transmitidos ao longo deste ano. Pela sua exigência mas, sobretudo, pelo seu carinho, dedicação e por sempre ter acreditado em mim.

À Sofia, Beatriz, Flávia e Filipa, “psicogatas”, pelo companheirismo e união ao longo destes cinco anos, por os terem tornados mais fáceis mesmo quando tudo parecia ir no caminho errado.

À Sofia, a minha amiga da vida. Por todos estes anos de amizade, por cada palavra, por nunca me deixar sozinha e me levantar a cada pedra no caminho. Porque para além de me acompanhar na vida foi o meu pilar nestes últimos cinco anos.

A todos os meus amigos, que me acompanharam ao longo de toda a minha caminhada, por todos as brincadeiras e sorrisos partilhados que tornaram estes anos mais fáceis. Em especial tu, Pedro.

Ao “Doutor Humberto” por me receber, sempre com a sua grande disponibilidade, e me ajudar a conseguir realizar aqueles trabalhos que pareciam ser impossíveis de realizar.

À Sónia e ao Miguel por todo o carinho.

Aos meus avós, que desde sempre me acompanharam e vibravam com as minhas conquistas. Em especial ao meu “Bubu” Maia, a quem dedico esta dissertação.

Por fim, aos meus pais, por sempre me terem permitido concretizar os meus sonhos, por sempre me incentivarem e acreditarem em mim. Por estarem sempre ao meu lado em todas as decisões.

Índice

Resumo	v
Abstract	vii
Agradecimentos	ix
Índice	x
Índice de quadros	xiii

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

INTRODUÇÃO GERAL	1
INTRODUÇÃO.....	4
1. O PARTO.....	4
2.OS DIFERENTES TIPOS DE PARTO: A DECISÃO DE ESCOLHER.....	5
3.O TIPO DE PARTO	6
3.1. Parto Normal.....	6
3.2. Parto por cesariana.....	8
4. FATORES QUE INFLUENCIAM A ESCOLHA DO TIPO DE PARTO	9
4.1. A dor no trabalho de parto e formas de a atenuar.....	11
5. PUERPÉRIO.....	13
6. TRANSTORNOS NO PÓS-PARTO	14
6.1. Depressão pós-parto	14
6.2. Psicose Puerperal.....	16
7. VINCULAÇÃO	17
7.1. Teoria da Vinculação.....	18
7.2. Vínculo materno	20

7.3.	Tipos de Vinculação	21
7.4.	Fatores que influenciam a vinculação	23
8.	PERTURBAÇÕES QUE PODEM INFLUENCIAR A RELAÇÃO MÃE-BEBÉ	24
8.1.	Perturbação de Ansiedade de Separação	24
8.2.	Perturbação Reativa de Vinculação	26
9.	SÍNTESE	29

CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO

INTRODUÇÃO.....	31
OBJETIVOS DO ESTUDO	31
2.MÉTODO	32
2.1. PARTICIPANTES	32
2.2. MATERIAIS.....	34
2.2.1. Inquérito por questionário	34
2.2.2. Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento	35
2.3. PROCEDIMENTOS.....	36
3. RESULTADOS	37
3.1. ESTUDAR AS QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA “PBQ – QUESTIONÁRIO DE LIGAÇÃO AO BEBÊ APÓS O NASCIMENTO”	38
3.1.1. Análise dos itens do Postpartum Bonding Questionnaire	38
3.1.2. Estudo da consistência interna da escala Postpartum Bonding Questionnaire: alpha de Cronbach	39
3.1.3. Análise factorial em componentes principais	40
3.2. VERIFICAR QUAIS OS FATORES QUE INFLUENCIAM NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO ..	42

3.3. VERIFICAR SE EXISTEM DIFERENÇAS ENTRE O PLANEAMENTO OU NÃO DA GRAVIDEZ QUANTO À EXISTÊNCIA DE PERTURBAÇÕES NA LIGAÇÃO AO BEBÉ APÓS O NASCIMENTO	43
3.4. VERIFICAR SE EXISTEM DIFERENÇAS NA PERCEÇÃO DAS MÃES SOBRE A RELAÇÃO COM O O /A FILHO/A, CONSIDERANDO O TIPO DE PARTO.....	44
3.5. VERIFICAR SE EXISTEM DIFERENÇAS QUANTO ÀS PERTURBAÇÕES NA LIGAÇÃO AO BEBÉ APÓS O NASCIMENTO, CONSIDERANDO O TIPO DE PARTO	46
3.6. VERIFICAR SE EXISTEM DIFERENÇAS QUANTO ÀS PERTURBAÇÕES NA LIGAÇÃO AO BEBÉ APÓS O NASCIMENTO, CONSIDERANDO O SEXO DO BEBÉ.....	47
3.7. VERIFICAR SE EXISTEM QUANTO ÀS PERTURBAÇÕES NA LIGAÇÃO AO BEBÉ APÓS O NASCIMENTO- LIGAÇÃO DANIFICADA AO BEBÉ, CONSIDERANDO O TIPO DE PARTO REALIZADO	47
3.8. VERIFICAR SE EXISTEM DIFERENÇAS QUANTO ÀS PERTURBAÇÕES NA LIGAÇÃO AO BEBÉ APÓS O NASCIMENTO – LIGAÇÃO POSITIVA AO BEBÉ, CONSIDERANDO O TIPO DE PARTO	48
3.9. VERIFICAR SE EXISTEM DIFERENÇAS QUANTO ÀS PERTURBAÇÕES NA LIGAÇÃO AO BEBÉ APÓS O NASCIMENTO – REJEIÇÃO/RAIVA, CONSIDERANDO O TIPO DE PARTO	49
4. DISCUSSÃO	51
SÍNTESE	60
CONCLUSÃO GERAL	61
REFERÊNCIAS	61

Índice de quadros

Tabela 1. Caracterização da amostra ($N=112$)	33
Tabela 2. Valores de N e α de cronbach de outras versões do instrumento.....	36
Tabela 3. Análise descritiva dos itens da escala <i>Postpartum Bonding Questionnaire</i>	39
Tabela 4. Valor de α de Cronbach para as participantes em estudo.....	40
Tabela 5. Análise fatorial em fatores comuns e únicos da PBQ, após rotação <i>varimax</i> para amostra total ($N=112$).....	41
Tabela 6. Fatores de frequências dos fatores que influenciam a escolha do tipo de parto.....	43
Tabela 7. Teste t para diferenças entre o planeamento ou não da gravidez relativamente à existência de perturbações na ligação ao bebé após o nascimento	44
Tabela 8. Teste t para diferenças na perceção das mães relativamente à relação mãe bebé, considerando o tipo de parto	45
Tabela 9. Tabela de frequências dos fatores da influência do tipo de parto na relação mãe bebé	45
Tabela 10. Tabela de frequências dos fatores da não influência do tipo de parto na relação mãe bebé	46
Tabela 11. Teste t para verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento.....	46
Tabela 12. Teste t para verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento.....	47
Tabela 13. Teste t para verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento - ligação danificada ao bebé, considerando o tipo de parto	48
Tabela 14. Teste t para verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento - ligação positiva ao bebé, considerando o tipo de parto	49

Tabela 15. Teste t para verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao
bebé após o nascimento - rejeição/raiva, considerando o tipo de parto 50

Introdução Geral

A gravidez é uma fase única e uma das mais importantes na vida de uma mulher, sendo este período acompanhado de alterações do ponto de vista psicológico, hormonal e físico de forma a preparar o corpo para o desenvolvimento do feto e que culmina com o momento do parto (Piccini, Gomes, De Nardi & Lopes, 2008).

Ao longo do período de gestação, o parto é um momento bastante pensado pelas gestantes, envolve um conjunto de sentimentos que se prolongam até ao período do pós-parto (Pedreira & Leal, 2015). Este momento acontece, geralmente, num período curto de tempo e corresponde ao último momento da gestação, ou seja, o momento em que o feto é expulso do útero materno (Souza dos Reis et al., 2009).

Perante as preferências pela via do parto, normal ou cesariana, as mulheres vão criando expectativas sobre como será esse momento (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005). Do mesmo modo, quando a mulher escolhe qual o tipo de parto que vai realizar, esta é influenciada por diversos fatores.

É a partir do momento do parto que se começa a estabelecer o vínculo materno. É a partir dos primeiros momentos e contactos entre mãe e bebé que se inicia esta relação e é a altura a partir do qual a mãe percebe que o bebé é essencial na sua vida (Mass, Vreeswijk, Braeken, Vingerhoets & Bakel, 2014).

Com este estudo pretendemos perceber se o tipo de parto realizado influencia a relação mãe-bebé. As pesquisas neste sentido são bastante escassas e, a sua maioria, aponta para a existência de diferenças, ou seja que as mães que realizam parto por cesariana tendem a ter mais dificuldades em estabelecer um vínculo com o bebé.

Desta forma, são nove os objetivos que orientam a presente investigação: estudar as qualidades psicométricas da escala “PBQ – Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento”; verificar se existem diferenças entre o planeamento ou não da gravidez quanto à

existência de perturbações na ligação ao bebé após o nascimento; verificar quais os factores que influenciam na escolha do tipo de parto; verificar se existem diferenças na perceção das mães sobre a relação com o/a filho/a considerando o tipo de parto; verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o tipo de parto; verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o sexo do bebé; verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento – ligação danificada ao bebé, considerando o tipo de parto; verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento – ligação positiva ao bebé, considerando o tipo de parto e verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento – rejeição/raiva, considerando o tipo de parto.

Para tal foi desenvolvido um estudo quantitativo, numa amostra de 112 mães maiores de idade e que tenham sido mais, pela última, no máximo há três anos.

Foi realizada uma vasta revisão da literatura, recorrendo a diferentes fontes científicas com o intuito de alcançar um bom suporte teórico. Assim, este estudo está dividido em duas partes: na primeira é realizado o enquadramento teórico; já na segunda segue-se o estudo empírico.

O enquadramento teórico aborda o parto e as suas diferentes vias e as complicações/consequências que podem surgir mediante a realização do parto normal ou parto por cesariana. Do mesmo modo, é referido um período crítico ao longo de todo o processo, o puerpério, que pode afetar psicologicamente a puérpera. Todo este desgaste pode levar ao aparecimento de perturbações pós-parto, nomeadamente, depressão pós parto e psicose puerperal. Numa última análise é ainda tratada a vinculação e as perturbações a que a criança poderá estar sujeita, se esta for inadequada. Para finalizar, elaborámos uma síntese do capítulo.

A parte relativa ao estudo empírico é composta pelos procedimentos inerentes à investigação, como os seus objetivos e a sua caracterização. Os instrumentos utilizados são também descritos, a saber: Questionário de Dados Sociodemográfico, Questionário de dados relativos ao filho e informações da gravidez/parto e o Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento (PBQ), assim como os resultados, a discussão e finalizamos este capítulo com a síntese.

Para finalizar, é feita uma conclusão de todo o estudo, as referências que o integram bem como os anexos.

Capítulo I- Enquadramento teórico

Introdução

A gestação é o período no qual a mulher se adapta emocional e psicologicamente para a chegada de um novo membro da família e que culmina com o momento do parto (Pio & Capel, 2015).

O parto, assim como o nascimento, têm vindo a ganhar uma grande importância ao longo dos anos, uma vez que se tem assistido a uma transformação na forma de nascer, pois no século passado assistia-se a partos domiciliários, algo que difere bastante do verificado atualmente, ou seja, os partos são realizados em contexto hospitalar (Malheiros, Alves, Rangel & Vargens, 2012).

Assim, ao longo deste capítulo será abordado o momento do parto bem como as diferentes vias para se dar à luz. Do mesmo modo, serão abordados alguns tipos de perturbação associados ao pós parto assim como a relação mãe bebé e algumas perturbações que podem estar associados a uma ineficaz vinculação materna.

1.O parto

O momento do parto corresponde ao fim de um ciclo com a finalidade de se iniciar um outro que irá constituir-se como uma nova etapa repleta de novas experiências (Borsa, Feil & Paniágua, 2007) sendo que, uma das variáveis que influencia toda a experiência deste momento, é o tipo de parto que se realiza (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2007).

A forma como o parto é encarado muda culturalmente assim como muda a importância que é dada à dor ao longo deste processo. Do mesmo modo, a preparação do parto, o local onde acontece, quem assiste, o uso ou não de tecnologia médica também definem esta experiência, sendo assim o parto uma experiência vasta e com grandes

possibilidades de escolha dependendo da cultura onde a mulher está inserida (Lozoff, Jordan & Malone, 1988).

De um modo geral, por parte das mães, o parto é visto como um momento difícil no qual têm um primeiro contacto com o recém-nascido, algo visto como significativo pela maioria das mães. Contudo, quanto mais o parto é visto como difícil, mais difícil é o ajustamento emocional assim como a vinculação com o bebé (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002), sendo que este momento já vem a ser imaginado durante a gestação (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

2. Os diferentes tipos de parto: a decisão de escolher

O tipo de parto a realizar pode ser determinado pelas possíveis consequências, quer positivas quer negativas, bem como pelos riscos que cada diferente tipo de parto acarreta. Também a informação que as gestantes obtêm por parte dos profissionais de saúde pode influenciar a escolha (Feitosa et al., 2017).

A escolha do tipo de parto a realizar é um assunto que causa alguma controvérsia, maioritariamente quando a escolha recai ou sobre o parto normal ou sobre parto por cesariana (Mandarino et al., 2009), sendo a escolha do parto enviesada por variáveis como os riscos e benefícios assim como complicações a longo prazo (Costa e Silva, Prates, & Campelo, 2014).

Nos últimos anos tem-se verificado que o tipo de parto vai influenciar a vivência da mulher, a perceção e o grau de satisfação relativos ao parto, bem como o vínculo inicial mãe-bebé assim como nos tratamentos que a mãe presta a este (Figueiredo et al., 2002).

A importância e a influência do tipo de parto têm vindo a ser alvo de estudo por parte de vários investigadores, sendo que se verifica que as mulheres que optam por um parto normal são mais satisfeitas, têm uma melhor visão daquilo que foi o parto e têm uma relação mais ajustada com o bebé (Figueiredo et al., 2002).

Assim, apesar de todas as diferenças que possam existir, há fatores de preocupação que parecem ser comuns a todas as culturas: a dor e a morte subjacente ao parto, sendo que há uma preocupação por parte de todas as culturas para diminuir estes riscos (Lozoff et al., 1988).

3. O tipo de parto

Quando nos referimos ao tipo de parto a realizar, são inúmeras as características associadas aos tipos parto existentes. Se, por um lado, o parto normal é a forma mais natural de nascer, a cesariana apresenta menos dores no momento do parto, comparativamente (Figueiredo et al., 2002).

Marut e Mercer, em 1979, realizaram um estudo com 50 mulheres, com recurso à *Perception of birth scale*, para estudar a perceção que tinham tido sobre o parto, sendo que 30 das mulheres tiveram parto normal e 20 parto por cesariana. Concluiu-se que quem passou por um parto normal tem uma visão mais agradável sobre o parto; já as mulheres que realizaram um parto por cesariana têm mais resistência em dar nome ao novo ser e tendem a ver o seu parto como não normal.

Já Figueiredo et al. (2002) afirmam que quem passa por uma cesariana, tem uma ideia mais hostil sobre o parto, sendo que isto se ressentem nos sentimentos e ligação da mãe para com o bebé.

Assim, nascer de forma vaginal ou transabdominal é a questão.

3.1. Parto Normal

O parto normal, também designado por parto eutócico, é visto como a forma mais natural para se nascer (Queirós, Silva, Jorge & Moreira, 2005). Caracteriza-se pelo seu início

espontâneo, com baixo risco associado, prolongando-se assim até ao puérpero, ou seja, até ao pós-parto, no qual não se verifica trauma por parte da mãe (Lamy & Moreno, 2013).

Embora os poucos riscos que este tipo de parto tem associado, são diversas as alterações verificadas. A realização da episiotomia, incisão feita na vagina para ampliar o canal do parto, pode influenciar a vida sexual da mulher, quer por parte do parceiro quer por parte da própria puérpera (Ballesteros-Meseguer, Carrillo-García, Meseguer-de-Pedro, Canteras-Jordana & Martínez-Roche, 2016).

O parto eutócico pode também ser um parto instrumentalizado no qual, como o próprio nome indica, são utilizados diversos instrumentos para a realização do mesmo (Serviço de Medicina Materno Fetal, s.d.). 15% a 20% dos partos vaginais são instrumentalizados, sendo os fórceps, as espátulas e as ventosas os instrumentos mais utilizados. A escolha do instrumento a utilizar depende bastante da experiência do profissional e do tipo de anestesia (Serviço de Medicina Materno Fetal, s.d.).

No que diz respeito às ventosas, estas podem ser rígidas, plásticas e não rígidas, sendo que as rígidas são as mais eficazes, contudo são as não rígidas aquelas que apresentam menos sequelas (Lourenço, Silva Castro, Veiga & Carvalho, 2012). Contudo, sabe-se que as ventosas não devem ser aplicadas em gestantes com menos de 34 semanas, a dilatação tem de estar completa, não pode haver presença de urina na bexiga da gestante e tem de haver anestesia adequada (Serviço de Medicina Materno Fetal, s.d.).

Relativamente aos fórceps, estes têm vindo a ser aperfeiçoados para se tornarem mais seguros e têm como funções exercer tração e corrigir a posição fetal. Antes da sua utilização deve verificar-se a posição fetal através de ultra-sons. Também com este instrumento se deve verificar ausência de urina (Serviço de Medicina Materno Fetal, s.d.).

Já as espátulas atuam por um mecanismo de alavanca com o objetivo de dilatar as paredes vaginais. Com a utilização deste instrumento deve realizar-se uma episiotomia, não

pondo de lado a anestesia e é também necessário que se verifique esvaziamento urinário (Gallo & Puertas, s.d.; Valenti, Almada, Presta & Gowdak., 2010).

Assim, este tipo de parto ocorre de forma vaginal, e o nascimento ocorre entre as 37 e as 42 semanas de gestação (Ordem os Enfermeiros, 2012).

3.2.Parto por cesariana

Segundo a Direção Geral de Saúde (2015) “define-se cesariana como a realização de uma laparotomia, seguida da extração de um ou mais fetos (vivos ou mortos) do útero ou da cavidade abdominal, após as 22 semanas + 0 dias de gravidez” (p.1), sendo que uma laparotomia representa a abertura feita no abdómen feminino, sendo um procedimento que começou a ser realizado com mais regularidade a partir de meados do século XX (Tazima, Vicente & Moriya, 2011).

A realização de cesariana está associada a fatores de risco, culturais e sociais, sendo que são as classes mais altas, com maior poder económico, que a realizam. Deste modo é uma operação que pode envolver riscos quer para a gestante quer para o bebé, que necessita de anestesia e de transfusão de sangue (Weidle, Medeiros, Grave & Dal Bosco, 2014). Para além disto, podem, ainda, verificar-se problemas relacionados com os cuidados aos recém nascidos bem como se podem verificar complicações na relação mãe bebé percebendo, assim, que a realização de uma cesariana apresenta riscos quer para a mãe quer para o bebé (Weidle et al., 2014). Ainda assim, tem-se vindo a verificar um aumento nas taxas de cesariana nas últimas décadas (Lamy & Moreno, 2013).

Ainda que a cesariana possa ser realizada por escolha da gestante, há fatores que fogem do controlo quer da gestante quer dos profissionais de saúde e que levam há obrigatoriedade da realização desta via de parto. Assim, são várias as indicações para a realização de uma cesariana como herpes ativo no momento do parto, sofrimento fetal agudo,

gemelaridade (quando se verifica a presença de que mais de um feto), tumores que impeçam o progresso da apresentação fetal, deslocamento da placenta e deslocamento do cordão umbilical (quando o cordão se desloca até à vagina ficando à frente de órgãos fetais como a cabeça) (Câmara et al., 2016).

De acordo com o estudo de Figueiredo et al. (2002), ainda no hospital, quando se observa a díade mãe-bebé, no caso de ter sido cesariana, verifica-se que as mães são mais ausentes, ou seja, cuidam menos, pegam menos ao colo e interagem menos quando comparados com mulheres que realizaram parto normal. Contudo, apesar de todos estes aspetos negativos na relação mãe bebé, estes não se prolongam durante muito tempo, normalmente, quando regressam a casa, estes efeitos já não se manifestam (Figueiredo et al., 2002).

Já de acordo com estudos de Noyman-Veksler, Herishanu-Gilutz, Kofman, Holchberg, e Shahar (2015) a mãe que se submete a cesariana tem mais dificuldade e apresenta uma maior demora a estabelecer a ligação mãe-bebé, verificando-se repercussões nas brincadeiras com o bebé e, mais tarde, no seu desenvolvimento.

Segundo DiMatteo (1996), as mães que passam por uma cesariana apresentam uma reação menos positivo para com o bebé, o que pode comprometer a interação mãe bebé, uma vez que este tipo de parto implica consequências quer para a mãe quer para o bebé, como já referido. Também de acordo com o mesmo autor, mulheres que não planearam a sua gravidez e fazem uma cesariana apresentam uma reacção menos positiva ao bebé, nomeadamente nas primeiras seis semanas após o parto (DiMatteo, 1996).

4. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto

Um estudo realizado por Costa e Silva, Prates e Campelo (2014), sobre quais os fatores que influenciam a escolha da via do parto concluiu que a experiência passada, quer sua

quer de uma terceira pessoa, pode ser determinante para a escolha; do mesmo modo, mulheres que já tenham passado por um parto natural acreditam ser esta a melhor via.

Um outro estudo afirma que mulheres que optam pelo parto vaginal são influenciadas pela experiência anterior bem como pela sua preferência; pelo contrário, quem opta por parto por cesariana, fá-lo por indicação médica e pelo receio que têm do parto normal (Weidle et al., 2014).

Já Thune-Lersen e Moller-Pederson (1988) realizaram um estudo com uma amostra heterogénea de 161 mulheres norueguesas, em que estudaram a experiência do parto. Para tal, realizaram entrevistas às mães, no dia a seguir ao parto, relativamente à dificuldade, à dor, à ansiedade, à perda de controlo, à confusão e emoções que sentiram durante o parto, assim como o auxílio do companheiro e da equipa médica. Também no 5º dia após o parto, voltaram a entrevistar as mães sobre a sua relação com o bebé e efetuaram uma avaliação do funcionamento emocional. Os resultados revelam que o parto foi encarado como difícil para 60% das mães; já 80% das mulheres diz ter sentido muita dor, 58% sentiram alguma ou muita ansiedade, 74% sentiu algum ou muita falta de controlo e 87% sentiram algum ou muita emocionalidade negativa, como a tristeza e a zanga. Concluíram, também, que as mães que relatam o parto como difícil, que sentiram mais dor, mais ansiedade, maior perda de controlo, maior perda de noção de tempo e de espaço e aquelas que tiveram um comportamento emocional mais negativo relativo ao parto, são aquelas que dispuseram de menor auxílio por parte de uma equipa técnica e, conseqüentemente, uma maior perturbação emocional ao fim do 5º dia após o parto.

Segundo um estudo elaborado por Rocha, Simpionato e Falleiros de Mello (2003), tanto as mães que se submeteram a um parto normal como as que submeteram a um parto por cesariana apresentam a mesma capacidade de se aproximar e criar uma ligação com o bebé,

bem como em ambos os casos se mostram bastante disponíveis na prestação de cuidados, pelo que demonstram uma boa transição à vinculação materna.

De acordo com um estudo realizado por Nascimento, Arantes, Souza, Contera & Sales (2015), um outro fator bastante associado à escolha do tipo de parto e também muito associado ao momento do parto é a dor sentida.

Posto isto, no ponto seguinte abordaremos formas de colmatar/atenuar esta dor.

4.1.A dor no trabalho de parto e formas de a atenuar

No caso do parto, a dor indica a transição do final da gestação para o início do trabalho de parto, tendo associado uma base somática (Cunha, 2010).

Segundo Stoll e Hall (2013), para minimizar a intensidade da dor, muitas gestantes preferem o parto por cesariana em detrimento pelo parto normal.

A presença e a vivência da dor no momento do parto é algo que varia socialmente: se, por um lado, na Suécia a dor é vista como algo relevante em que se tentam arranjar soluções para a sua diminuição, em países como os EUA e a Alemanha a dor é encarada como algo normal, sendo que não se verifica a necessidade se arranjam alternativas para diminuir esta dor (Lozoff et al., 1988). Deste modo, a dor é sentida como algo único para cada gestante (Mamede, Almeida, Souza & Mamede, 2007) sendo que, para além da cultura, a dor no parto é condicionado por variáveis biológicas, socioeconómicas e emocionais (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002; Ronconi et al., 2010).

Estudos realizados demonstram que quem se submete a um parto normal sente uma dor bastante superior no momento do parto quando comparados com mulheres que realizam parto por cesariana uma vez que afirmam sentir pouca ou nenhuma dor no momento do parto sentindo-a, posteriormente, no pós-parto, podendo, em alguns casos, afetar a relação mãe-bebé (Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, 2003; Ronconi et al., 2010).

Deste modo, são diversos os tipos de analgesia e anestesia existentes para diminuir ou atenuar a dor sentida pela parturiente. A analgesia pode ser definida como a diminuição da dor através da ingestão de fármacos ou procedimentos físicos; já anestesia caracteriza-se pela total ausência de sensibilidade no corpo da gestante (Cunha, 2010).

Para o parto normal são mais comuns a medicação sistémica, anestesia geral, anestesia regional e anestesia locorreional; para a cesariana são mais frequentes anestésicos venosos, anestésicos inalatórios, anestésias espinhais, anestesia epidural na zona lombar e anestesia locorreional (Cunha, 2010). Há também fatores não farmacológicos que podem ser utilizados como forma de diminuir as dores como: banho quente, acupunctura, hipnose e electroestimulação transcutânea (Cunha, 2010).

De entre a vasta gama de formas para atenuar a dor a mais utilizada e conhecida é a epidural. Esta anestesia tem vindo a ser falada e discutida desde 1884, sendo considerado como a única técnica suficientemente competente para aliviar a dor durante o trabalho de parto (Santos, Palma & Roncon, s.d.).

A epidural deve ser administrada quando se verificar uma dilatação de 3 centímetros, sendo que o seu início de ação se verifica 10 a 20 minutos após a sua administração, sendo que esta é feita através de uma fina agulha (Martins, Marques & Tomé, 2002; Santos, Palma & Roncon, s.d.). A solução administrada espalha-se e bloqueia as fibras nervosas responsáveis pela eliminação da dor (Martins et al, 2002).

Contudo, e ainda que este tipo de analgesia seja das mais utilizadas e com mais fiabilidade, existem contra-indicações para a administração deste método, como: aumento da pressão intracraniana, alergia aos analgésicos utilizados pela equipa médica, local de administração infetado, ausência de material para reanimação, entre outros (Martins et al., 2002).

5. Puerpério

O puerpério, ou pós-parto, é um período que se inicia após o momento do parto e que dura cerca de seis a oito semanas após o parto (Vieira, Bachion, Salge & Munar, 2010). Trata-se de uma fase de ambiguidade, pois a recém mãe pode estar contente e depressiva simultaneamente (Merighi, Gonçalves & Rodrigues, 2006).

É um período de fragilidade (Andrade, Santos, Maia & Mello, 2015) no qual se verificam alterações sociais, psicológicas, físicas e biológicas (Cantilino, Zambaldi, Sougey & Rennó, 2010; Silva & Botii, 2005). Nesta fase, a recém mãe pode viver sentimentos ambíguos, no qual a mulher tem que reorganizar a sua vida familiar com a chegada do novo ser (Merighi et al., 2006). É um período em que a mulher tem que se adaptar ao papel de mãe. Nesta fase verifica-se privação do sono e isolamento social e há a necessidade de haver uma mudança e adaptação na sua sexualidade bem como na sua imagem corporal (Cantilino et al, 2010).

Trata-se, assim, de um período de ambiguidade, pois a recém mãe pode estar contente e depressiva simultaneamente (Merighi, et al., 2006).

Desta forma, para além de todas as transformações sofridas, este período também é o mais propenso para o aparecimento de transtornos psiquiátricos, muito também devido às oscilações e variações da saúde mental da puérpera (Kendell, Chalmers & Platz, 1987; Song et al., 2017).

As causas dos transtornos psiquiátricos podem ser multifactoriais e pode implicar que o vínculo mãe bebé não se construa de forma adequada, o que se poderá vir a repercutir nas relações futuras das crianças com a mãe (Luca, 2005).

6. Transtornos no pós-parto

A existência de transtornos pós-parto é um tema já falado e discutido há já bastante tempo (Kendell et al., 1987), sendo que nos séculos XVII e XVIII começaram a aparecer os primeiros casos chamados de “insanidade puerperal” em França e na Alemanha (Kendall et al., 1987).

Sabe-se que futuras mães que padeçam de transtornos psiquiátricos com diagnóstico tardio ou que não estejam a ser devidamente tratados, pode ter implicações no feto e também durante o trabalho de parto (Jablensky, Morgan, Zubrick, Bower & Yellachich, 2005). Já após o parto, verifica-se um distanciamento emocional por parte da mãe, uma diminuição na prestação de cuidados, o que se pode vir a repercutir no prejuízo do desenvolvimento cognitivo e social durante o primeiro ano de vida da criança (Roselló, Pérez, Cercós & García-Iturrospe, 2002).

Atualmente, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto são as mais comuns e as mais associadas ao pós parto, sendo que, ultimamente, também os transtornos ansiosos têm vindo a ser estudados como estando associados ao puerpério (Cantilino et al., 2010).

6.1. Depressão pós-parto

Ainda que a origem desta perturbação não seja totalmente conhecida, acredita-se que fatores hormonais e genéticos possam estar na sua génese (Camacho et al., 2006).

De acordo com diversos investigadores, podemos definir a Depressão Pós-parto (DPP) como qualquer episódio de depressão que se verifique após o nascimento do bebé e que se pode prolongar até um ano (Cantilino et al., 2010); já de acordo com Iaconelli (2005) este distúrbio pode perdurar até dois anos. Este distúrbio inicia-se cerca de duas a três semanas após o parto e verificam-se sintomas como: humor deprimido, perda de prazer, fadiga,

sensação de culpa, dificuldades de concentração, entre outros (Cantilino et al., 2010). É um transtorno severo e agudo que requer tratamento (Iaconelli, 2005).

Estima-se que a DPP afete cerca de 10 a 20% de puérperas, pelo que é um transtorno algo comum e dos mais falados na literatura e desenvolve-se devido a fatores psicossociais, subjetivos e biológicos (Borsa et al., 2007; Iaconelli, 2005).

É importante ter em atenção que quanto mais grave se verificar a depressão, menos qualidade terá a relação mãe-bebé, o que poderá vir a afetar o desenvolvimento da criança (Cantilino et al., 2010). Também é importante ter em atenção que, gestantes que passem por uma DPP, são mais propensas de a vir a desenvolver em futuras gestações (Borsa et al., 2007).

Há fatores de risco que podem estar associados ao aparecimento da DPP: mulheres com sintomatologia depressiva durante ou antes da gravidez, gestantes que tenham tido problemas de infertilidade, gestantes primíparas com carências sociais, mães solteiras (Iaconelli, 2005).

Deste modo, é importante o tratamento para a remissão deste distúrbio. O tratamento pode passar pelo uso de fármacos, que se têm mostrado eficazes; psicoterapia, especialmente a terapia cognitivo-comportamental que também se tem revelado bastante útil; e, em casos extremos, eletroconvulsoterapia (Cantilino et al., 2010).

Assim, a depressão pós parto é de difícil diagnóstico porque a maioria dos sintomas depressivos apresentados são bastante semelhantes a outros quadros depressivos, sendo de realçar que a principal característica da DPP é rejeição do bebé (Silva, Souza & Moreira, 2003).

6.2. Psicose Puerperal

De acordo com a pesquisa realizada, a psicose puerperal, ou psicose pós-parto, é considerada como o transtorno mental com maior gravidade puerperal, afetando cerca de 0,2% das mulheres (Cantilino et al., 2010; Iaconelli, 2005). O seu início é repentino e, normalmente, é verificado cerca de duas semanas após a realização do parto, ainda que possa apenas ser percebido meses após o parto, uma vez que as mulheres tentam esconder os sintomas (Baldi, 2002; Camacho et al., 2006; Cantilino et al., 2010).

Também nesta perturbação podem surgir rituais obsessivos e pensamentos desadaptativos devido à enorme angústia sentida (Iaconelli, 2005).

É uma perturbação que se caracteriza por sintomas como: falta de noção da realidade, delírios, alucinações, euforia, agitação, desorganização, confusão mental e pensamentos autolesivos para si e para o bebé, nomeadamente a ideia de matar a sua própria descendência (Baldi, 2002; Heron et al., 2008; Iaconelli, 2005).

Neste transtorno não se aconselha que se amamente o bebé e é muito importante que os profissionais de saúde informem os familiares deste quadro psiquiátrico, não só para auxiliar a mãe, mas também para poderem responder às necessidades emocionais do bebé (Iaconelli, 2005)

Cerca de 20% mulheres conseguem alcançar a regressão dos sintomas, não se verificando a incidência dos mesmos, sendo normalmente necessário recorrer a um internamento devido à gravidade desta perturbação (Pfuhlmann, Stoeber & Beckmann, 2002).

7. Vinculação

Foi depois da Segunda Guerra Mundial que a separação entre a mãe e a criança e os seus condicionantes na vida desta ganharam uma maior relevância uma vez que, pela primeira vez, mulheres e crianças tinham sido também um alvo na guerra (Guedeny, 2004).

Ainda que vinculação possa ser definida de diversas formas, há um aspeto comum a todas elas: a vinculação é determinante para o desenvolvimento humano (Malekpour, 2007). De acordo com Bowlby (1982), a vinculação é um sistema primário específico uma vez que se inicia aquando do nascimento, com características próprias do ser humano, pelo que é algo singular entre uma mãe e um filho, não com o objetivo de brincar ou entreter a criança mas antes torná-la segura. Segundo o mesmo autor, a vinculação é tão banal quanto a nossa respiração ou a ingestão alimentar (Bowlby, 1982). Bowlby (1977) refere ainda que é a ligação perdurável de uma pessoa para com outra.

De acordo com Bateson (2001), a vinculação é uma ligação recíproca entre a criança e o cuidador, na qual, parte a parte, contribuem para a qualidade e segurança da relação.

Assim, de um modo geral, pode considerar-se que vinculação é um laço afetivo entre a criança e o seu cuidador desde a infância sendo que, a sua qualidade assim como o tempo, vão ser determinantes para o desenvolvimento da criança (Malekpour, 2007; Noceda, 2012).

Entende-se por comportamento de vinculação todos os comportamentos por parte do recém nascido que têm como finalidade criar e manter uma proximidade estreita com a mãe, podendo esta ser a sua mãe biológica ou aquela que ocupa o seu papel. A relação que vai sendo criada entre a mãe e o bebé vai possibilitar a existência de um comportamento social originando uma recompensa (Montagner, 1993). Ou seja, esta vai permitir que haja por parte do bebé um reconhecimento da sua figura materna sendo que, para tal, desde o seu nascimento, a criança desenvolve capacidades perceptivas que vão permitir esse reconhecimento

(Montagner, 1993). É, no fundo, tudo aquilo que contribua uma maior proximidade e segurança (Guedeny, 2004).

Quanto à figura de vinculação, se inicialmente se associava apenas à mãe, este conceito foi sendo aprofundado pois figura de vinculação é aquela para a qual a criança dirige os seus comportamentos de vinculação (Guedeny, 2004). Esta figura é a que se mostra disponível de forma permanente e para qual a criança se dirige para atender às suas necessidades, mostrando estar sempre presente (Holmes, 1995).

Assim, à medida que vai havendo uma maior ligação entre a mãe e o bebé, ou seja, um maior reconhecimento por parte do bebé de quem é a sua mãe, vão-se gerando sentimentos de medo e de ansiedade na criança perante indivíduos que não lhe são familiares (Montagner, 1993). Deste modo, quanto maiores as capacidades percetivas do bebé e quanto maior o medo, mais este desenvolve uma dupla maturação no reconhecimento de pessoas estranhas. Para combater este medo ou ansiedade há, por parte da mãe, um maior contacto e proximidade com o objetivo de diminuir estes sentimentos (Montagner, 1993).

7.1. Teoria da Vinculação

Com início em 1958 (Montagner, 1993), a Teoria da Vinculação teve origem nos trabalhos de Ainsworth e Bowlby (1991) e a sua génese assenta em conceitos da etologia, da cibernética, do processamento de informação, da psicologia do desenvolvimento e da psicanálise (Ribeiro & Sousa 2002). Se, por um lado, Bowlby definiu os princípios básicos desta teoria, a metodologia inovadora de Ainsworth permitiu testar algumas das ideias deste autor assim como também ajudou a expandir a teoria (Bretherton, 1992). Durante a década de 70, Ainsworth elaborou um estudo intitulado de “Situação Estranha” para assim testar os conceitos da Teoria da Vinculação. Este estudo consistia em observar crianças entre os 12 e os 18 meses (Hesse & Main, 2000). Com a duração de vinte minutos, em séries de três

minutos, a criança era colocado num ambiente que não lhe era familiar, uma sala estranha, e com um adulto que também lhe era desconhecido. Inicialmente a criança estava na companhia da mãe, sendo que esta saía e voltava posteriormente. Assim, Ainsworth estudava e avaliava a tensão e ansiedade criadas a criança face à separação da sua figura de vinculação, neste caso a mãe, avaliar a ansiedade e desconforto perante a pessoa estranha e a reacção quando se volta a reunir com a mãe. Através desta experiência e das suas avaliações, Ainsworth elaborou três padrões de vinculação: segura, ambivalente e evitante e, mais tarde, a desorganizada (Bretherton, 1992; Long, 2009; Bateson, 2001).

Esta teoria veio modificar a forma como era percebida e pensada a relação mãe bebé assim como os laços estabelecidos (Bretherton, 2000) e rege-se por um modelo de desenvolvimento emocional no qual as relações futuras do bebé vão influenciar as expectativas sobre si e sobre os outros podendo, assim, condicionar o desenvolvimento emocional ao longo de toda a vida (Ribeiro & Sousa, 2002). Trata-se, assim, de uma das teorias mais empiricamente estudadas no que diz respeito à parentalidade (Benoit, 2004), que pretende perceber o fenómeno através do qual mãe e bebé estabelecem laços entre si (Montagner, 1993) e ainda quais os padrões de desenvolvimento que se estabelecem ao longo do desenvolvimento, com ênfase nas relações que a criança estabelece na infância com aquelas figuras com as quais estabeleceu uma maior ligação. São estas figuras que vão ajudar a criança a consolidar uma base de segurança para que, mais tarde, consiga partir à descoberta do desconhecido mas que vão estar à sua espera quando quiser regressar (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003).

A teoria da vinculação defende que as crianças desenvolvem comportamentos de vinculação com génese na genética (Ribeiro & Sousa, 2002). Os comportamentos observados na relação mãe - bebé podem ser caracterizados de três formas: os que têm a ver com a procura de proximidade com a finalidade de obter uma maior segurança; comportamentos

resultantes do afastamento da criança à figura vinculativa; e ainda comportamentos orientados da criança perante o orientador (Abreu, 2005).

Assim, a Teoria da Vinculação teve um grande impacto bem como uma propensão para a investigação tanto ao nível dos comportamentos sociais e emocionais da criança, tanto para explicar os fenómenos intergeracionais (Guedeny, 2004).

Como já referido anteriormente, estudos de Figueiredo et al. (2002) e Noyman et al. (2015) apontam para que, as mães que realizam parto por cesariana, têm uma maior dificuldade em estabelecer ligação com o bebé.

Deste modo, torna-se, assim, importante perceber como se caracteriza o vínculo materno, seguidamente apresentado.

7.2. Vínculo materno

O estabelecimento da relação mãe bebé é algo visto como bastante importante, nomeadamente, nos primeiros anos de vida da criança para que este se possa desenvolver se forma saudável (Brockington et al., 2001; Cavalcante, Filho, França & Lamy, 2017).

Segundo Manfroi, Macarini, e Vieira (2011), o vínculo entre uma mãe e um filho pode ser explicado através de um conjunto de comportamentos, desde a gravidez ao parto, passando pela amamentação. Por outro lado, fatores como o olhar, o toque, a vocalização e calor do corpo de ambos auxiliam na formação deste vínculo.

Como referido, a formação desta relação inicia-se ainda durante a gravidez. O primeiro trimestre de gravidez, quando a mulher descobre que está grávida (Ferrari, Piccini & Lopes, 2007), é um período ambíguo entre o desejo de trazer ao mundo este novo ser mas também anseio pelas responsabilidades que tal ato acarreta (Brito, 2009).

O segundo trimestre caracteriza-se por ser o mais estável a nível emocional e no qual a gestante começa a sentir os primeiros movimentos fetais, algo bastante importante para a

maioria das mães. Também neste período a mãe passa a imaginar o seu bebê, idealizando-o e dando-lhe uma personalidade (Bayle, 2006; Monforte & Mineiro, 2006).

No terceiro e último trimestre, a gestante começa a sentir-se ansiosa com a aproximação do nascimento, sendo um período com sentimentos ambivalentes entre o desejo de ter o filho nos seus braços e o querer prolongar a gravidez para não ter de enfrentar todas as exigências e adaptações do recém nascido (Bayle, 2006).

Um estudo realizado por Schmidt e Argimon (2009), com o objetivo de perceber as relações entre o tipo de vinculação da grávida, a vinculação com bebê intra-uterino e a existência de sintomatologia depressiva e ansiosa, concluiu que há relação entre o padrão de vinculação das grávidas e o nível de vinculação materno fetal. Concluíram, também, que as grávidas que apresentam vinculação segura, apresentam menos sintomatologia depressiva e ansiosa.

Também Piccini et al. (2008), constataram o desenvolvimento materno fetal aumenta quando maior a idade gestacional.

Assim, George e Solomon (1999), afirmam que o vínculo materno, também designado de *bonding*, se desenvolve através de uma relação recíproca persistente, tendo uma função adaptativa e proporcionar um sentimento de proteção.

7.3. Tipos de Vinculação

A qualidade da vinculação que o bebê desenvolve é determinada pela resposta dada pelo seu cuidador (Benoit, 2004). Deste modo definem-se três tipos de vinculação: segura, evitante e insegura, como acima mencionado (Benoit, 2004).

A vinculação segura caracteriza-se por um cuidador que se mostra sempre bastante disponível face a situações desconhecidas e antagónicas. Este tipo de vinculação desenvolve-se nos primeiros tempos da infância (Bowlby, 1982). Neste estilo de vinculação, as figuras de

vinculação são sensíveis a tudo aquilo que a criança precisa, existindo reciprocidade de comportamentos (Ainsworth, Blehar, Walters & Wall, 1978). Aqui, os cuidadores respondem de forma consistente de acordo com os sentimentos vividos pela criança, ou seja, quando há presença de angústia ou qualquer outra emoção negativa, a figura de vinculação tranquiliza a criança, sabendo esta que pode expressar todas as suas emoções negativas (Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). As crianças que apresentavam uma vinculação segura ficavam inquietas com a saída da mãe e evitavam o estranho, demonstrando felicidade aquando do reencontro com a mãe (Long, 2009) Cerca de 60% das crianças apresentam este estilo de vinculação (Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999).

Já relativamente à vinculação evitante, esta caracteriza-se por uma insegurança sentida pelas crianças pois já sabe, à partida, que quando necessita de atenção, irá ser rejeitada. Neste tipo de vinculação, as crianças ficam indiferentes à ausência a mãe, não se sentem ansiosos nem desconfortáveis face à pessoa estranha, não mostrando qualquer interesse e receptividade ao regresso da mãe (Long, 2009). No fundo, estas crianças, que representam 25% dos casos, não se sentem afetadas com a ausência da sua figura de referência, não sendo esta sensível aos apelos da criança, algo contrário ao anterior estilo de vinculação (Cordeiro, 2012).

Na vinculação ambivalente a criança não tem certeza quando ao nível de disponibilidades dos seus cuidadores, quando sente necessidade (Bowlby, 1982). Nestes casos, as crianças apresentam grandes níveis de ansiedade aquando a separação da figura de vinculação; já quando se reencontram apresentam reações ambíguas: tanto podem apresentar choro e querer aproximar-se, como rapidamente se podem querer afastar (Ainsworth et al., 1978). Neste tipo de vinculação há uma preocupação e dúvida excessiva quanto à disponibilidade dos cuidadores perante a criança, sendo que este tipo de vinculação está presente em cerca de 15% dos casos (Ainsworth et al., 1999).

Por fim, a vinculação desorganizada no qual a criança apresenta comportamentos opostos e inconsistentes aquando o regresso da mãe, sendo que estas crianças se apresentam confusas e com medo, o que poderá estar relacionado com situações de perda ou abuso (Bateson, 2001).

Nos casos dos cuidadores que demonstram e apresentam comportamentos menos adequados para com as crianças, eles podem apresentar histórias de luto ainda por resolver, algum tipo de trauma físico, emocional ou sexual ou ter sofrido ou sofrer de transtorno de *stress* pós-traumático (Zeanah et al., 1999).

7.4. Fatores que influenciam a vinculação

O toque, o olfato, o contacto físico, o calor humano bem como a interação precoce são considerados fatores fundamentais para estabelecer uma vinculação com qualidade entre os progenitores e o bebé (Barros, 2010).

A própria transição para a gravidez, em que se faz uma retrospectiva da relação da própria gestante com os seus progenitores, vendo-a de uma forma mais clara e organizada, vai ajudar a promover uma maior segurança ao nível da vinculação (Ammaniti et al., 1992; Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003; Vizziello, Antonioli, Cocci & Invernizzi, 1993).

Também toda a gestação e fatores como a idade, gestações passadas e existência de suporte social, influenciaram o processo de vinculação (Colman & Colman, 1994).

Segundo Andrade (1999), as mães com uma faixa etária superior a 35 anos apresentam maior competência, capacidade de autonomia face a jovens mães. Estas mães estão mais aptas para lidar com a nova situação que é ser mãe, nomeadamente a disponibilidade que têm para exercer o papel de mãe.

Uma investigação realizada por Mendes (2002) concluiu que os movimentos fetais sentidos pela gestante vão ter uma grande influência no processo de vinculação, bem como uma boa aceitação da gravidez, pois um novo ser irá juntar-se à dinâmica familiar.

Também uma possível rejeição da parte da mãe ao bebé pode condicionar a formação do vínculo. A rejeição pode iniciar-se ainda antes do nascimento. Esta rejeição pode advir de algum problema com o próprio irmão ou pai e é, assim, projetado no filho; noutras situações, verifica-se a rejeição por os filhos apresentarem determinadas características que a mãe não gosta em si mesma. O motivo da rejeição pode também estar relacionado com dificuldades económicas assim com a ausência de condições habitacionais (Adrajos, 1966).

8. Perturbações que podem influenciar a relação mãe-bebé

Apesar de ser precoce fazer o correto diagnóstico até aos 3 anos (idade máxima dos filhos das participantes), consideramos pertinente incluir a perturbação a seguir apresentada porque os sinais/sintomas poderão aparecer nesta idade.

8.1. Perturbação de Ansiedade de Separação

De entre as Perturbações da Ansiedade, a Perturbação de Ansiedade de Separação (PAS) é o mais comum na infância (Vaughan, Coddington, Ahmed & Ertel, 2017), apresentando uma prevalência entre 1.09% e 4.1 em crianças entre os cinco e onze anos de idade (Levalle et al., 2011); já segundo Scaini, Ogliari, Eley, Zavos e Battaglia (2012), afirmam que entre 2% a 13% das crianças sofrem de PAS.

Segundo o DSM-V (2014), a Perturbação de Ansiedade de Separação caracteriza-se por um medo e anseio excessivos quando se verifica ausência/separação do seu ambiente familiar e das suas figuras de vinculação. Para o diagnóstico da PAS têm de ser cumpridos quatro critérios de diagnóstico: o Critério A no qual esta ansiedade tem de se manifestar de

forma excessiva em relação ao nível de desenvolvimento. Dentro deste critério, têm de se verificar pelo menos três de oito sintomas apresentados, como por exemplo, preocupação excessiva em perder as suas figuras de vinculação, resistência em sair de casa para um outro lugar com medo de se separar das figuras de vinculação, sintomas somáticos como dores de cabeça e vômitos quando se antecipa uma separação das figuras de vinculação, entre outros; o Critério B no qual este medo e ansiedade têm que estar presentes pelo menos durante quatro semanas em crianças e adolescentes; no Critério C tem de estar presente um mal estar significativo ou então tipo de défice numa das áreas de funcionamento; por fim o Critério D, no qual esta perturbação não pode ser explicada de melhor maneira por nenhuma outra.

O início desta perturbação pode ser precoce, na idade pré escolar, mas pode, também, ocorrer durante a infância ou até mesmo na adolescência (APA, 2014).

De acordo com o DSM-V (2014), esta perturbação vai limitar a funcionalidade dos indivíduos, uma vez que a PAS limita em situações como ir à escola ou dormir sozinho, o que vai condicionar a independência destes indivíduos. Pode também verificar-se apatia, tristeza e dificuldades de concentração. Deste modo, a PAS pode vir a apresentar consequências na vida destes indivíduos como preocupação excessiva, problemas de sono e angústia em ambientes sociais (Brand et al., 2011; Vaughan et al., 2017). É necessário ter em atenção que se este tipo de distúrbio não tiver um tratamento adequado, pode levar a que mais tarde, na vida adulta, venha a apresentar mais problemas psicológicos como agorafobia, fobias sociais e Perturbação Obsessivo-compulsiva (Brand, Wilhelm, Kossowsky, Halsboer-Trachsler & Schneider, 2011; Vaughan, Coddington, Ahmed & Ertel, 2017). Deste modo, estudos realizados por Milrod et al. (2014) sugerem que 75% dos adultos com Perturbação de Ansiedade sofreram de PAS na infância.

Para além das consequências nefastas, é também necessário falar-se nos fatores de risco. Sabe-se que crianças com progenitores com diagnóstico de Perturbação de Pânico ou

uma outra Perturbação de Ansiedade são mais suscetíveis de apresentar PAS (Levallee et al, 2011). De acordo com estes autores, o tabagismo e o consumo de álcool durante a gravidez por parte da mãe assim como um baixo peso fetal, são considerados fatores de risco. Também os fatores ambientais e genéticos e fisiológicos são considerados de risco (APA, 2014; Sacaini, Ogliari, Eley, Zavos & Bataglia, 2012).

Um divórcio, a morte de um ente querido, emigração, situações que envolvam períodos de separação das figuras vinculativas, bem como proteção excessiva por parte dos pais ou o serviço militar podem ser propensos para o desenvolvimento PAS (APA, 2014; Milrod et al., 2014).

Já nos fatores genéticos e fisiológicos, de acordo com o DSM-V (2014), a PAS pode estar relacionada com a hereditariedade, sendo que há uma maior incidência em crianças do sexo feminino.

Deste modo, é importante ter em atenção que esta perturbação pode afetar significativamente a relação entre a criança e o seu cuidador/a, sendo que, pais de crianças com PAS apresentam menor eficácia parental (Herren, In-Albon & Schneider, 2013).

8.2. Perturbação Reativa de Vinculação

Em concordância com o DSM-V (2014), a Perturbação Reativa de Vinculação (PRV) está inserida no grande grupo das Perturbação Relacionadas com Trauma e Fatores de Stress. Esta perturbação caracteriza-se por “um padrão de comportamentos de vinculação marcadamente perturbados e inapropriados para a fase de desenvolvimento, nos quais uma criança rara ou minimamente procura uma figura de vinculação preferencial para obter conforto, apoio, proteção ou cuidado” (p. 318).

Nesta perturbação são sete os critérios de diagnóstico: no Critério A tem de se manifestar afastamento emocional para com os cuidadores e comportamento inibido onde tem

de se verificar, por parte da criança, ausência de procura de conforto quando algo não está bem e, também, não apresenta resposta quando é reconfortada perante situações em que não se sente bem; no Critério B, tem de estar presente algum tipo de perturbação emocional e social de forma persistente, caracterizada por, pelo menos, dois dos seguintes sub-critérios: falta de reatividade emocional e social para com os outros, limitação dos afetos positivos e episódios de irritabilidade tristeza ou medo na qual não seria expectável tal reação; já no Critério C, a criança tem de passar, ou já ter passado, por um conjunto de cuidados que se demonstram ineficazes e insuficientes, acompanhado por pelo menos um dos seguintes: negligência social, alterações nas relações com os cuidadores que dificultam o estabelecimento de boas relações de vinculação e a criança crescer em ambientes que não permitam à criança estabelecer relações seletivas; o Critério D afirma que todas as manifestações do Critério A apenas se manifestam após as condições impostas do Critério C; o Critério E afirma que não podem ser cumpridos critérios para a Perturbação do Espectro do Autismo; o Critério F afirma que esta perturbação tem de se manifestar ainda antes dos cinco anos: e por fim, o Critério G, em que a criança tem de ter, pelo menos, 9 meses para o diagnóstico desta perturbação. Para além de se cumprirem estes critérios, é também necessário verificar se a perturbação é persistente, ou seja, tem de se manifestar há mais de dozes meses e, também, especificar qual a gravidade dos sintomas no momento atual (APA, 2014).

De acordo com Heller et al (2006), quer o diagnóstico quer o tratamento deveriam ser realizados durante a primeira infância.

Estudos de Schwartz e Daivis (2006) concluíram que, quando na precocidade da relação mãe bebé se verificam traumas e roturas, estas crianças podem vir a ser diagnosticadas com PRV, sendo que este diagnóstico se estende para outros contextos sociais que vão para além da relação mãe-bebé. Este estudo revela, também, que estas crianças apresentam

comportamentos agressivos, uma vez que apresentam dificuldades em manifestar afeto tal como insegurança nas relações que mantêm.

Uma vez que esta perturbação é raramente observada em contexto clínico, é também difícil determinar a prevalência da mesma, chegando mesmo a ser desconhecida (APA, 2014).

Segundo o DSM-V (2014), a negligência social é um fator de risco ambiental. Também crianças que tenham sido abusadas ou negligenciadas são mais suscetíveis de vir a desenvolver PRV. Do mesmo modo, crianças filhas de alcoólicos, drogados, violadores ou doentes mentais também são mais propensas a desenvolver esta perturbação (Honor, 2008).

Do mesmo modo, este tipo de perturbação pode vir a trazer consequências para a criança. Esta pode vir a manifestar dificuldades em se relacionar com os outros e desenvolver défices em bastantes domínios do funcionamento (APA, 2014).

Síntese

Sucintamente, o parto é visto como um momento de grande importância pela maioria das mães, sendo também um dos momentos mais temidos de toda a gravidez.

Um dos fatores mais associados ao parto é o medo da dor. Para a diminuição deste fator há diversas anestésias e analgésias disponíveis sendo a epidural vista como a mais eficiente e utilizada atualmente.

Contudo, há fatores que podem influenciar a escolha do tipo de parto a realizar, sendo que o parto normal e por cesariana têm-se verificado como aqueles que atraem mais gestantes.

Se, por um lado, o parto normal acarreta menos riscos e é visto como a forma mais natural de nascer, o nascimento por cesariana tem vindo a ganhar apoiantes, verificando-se um aumento na taxa de realização deste tipo de parto, mesmo com os riscos que tem associados.

Na sequência do parto, e com o puerpério, a mulher passa por uma fase grandes transformações, quer físicas quer mentais, o que pode levar ao desenvolvimento de possíveis perturbações pós parto, nomeadamente a depressão pós parto, um dos distúrbios mais comuns, e a psicose puerperal, que tem vindo a ganhar espaço. O desenvolvimento destes possíveis distúrbios podem vir a perturbar o estabelecimento da relação mãe bebé, mais concretamente, a vinculação materna, uma vez que se verifica um distanciamento emocional por parte da mãe, uma diminuição da prestação de cuidados, o que se poderá vir a repercutir no desenvolvimento cognitivo e social durante o primeiro ano de vida da criança.

A vinculação é o laço criado entre mãe e filho durante os primeiros tempos de vida deste. Esta ligação vai ajudar a criança a desenvolver emocionalmente e a descobrir-se a si e aos outros. Contudo, se esta ligação for bem estabelecida, desenvolve-se uma vinculação segura; se, pelo contrário, houver um estabelecimento incorreto nesta ligação, desenvolve-se uma vinculação evitante ou insegura. Em casos extremos, uma vinculação desadaptativa pode

ter consequências bem mais nefastas nas crianças: pode originar diversas perturbações que condicionam o seu desenvolvimento, nomeadamente, a Perturbação de Ansiedade de Separação e Perturbação Reativa de Vinculação.

Capítulo II- Estudo empírico

Introdução

A possibilidade de aparecimento de perturbações na relação mãe bebé pode vir a ser prejudicial para estes dois intervenientes: por um lado, pode afetar a saúde mental da mãe; por outro lado, poderá vir a afetar o desenvolvimento da criança (Brockington et al., 2001). Deste modo torna-se, assim, pertinente, verificar se o tipo de parto realizado vai ou não ter influência neste vínculo, quer positiva quer negativamente.

Assim, ao longo deste capítulo vamos dar a conhecer o desenho da investigação, sendo que se trata de um estudo quantitativo e qualitativo, exploratório, dando a conhecer os resultados obtidos bem como a sua discussão. O estudo quantitativo realça o raciocínio dedutivo e as regras da lógica (Polit, Beck & Hungler, 2004). Já o estudo qualitativo pretende captar todos os pontos de vista, não sendo muito estruturado (Godoy, 1995)

1. Objetivos do estudo

Com a realização deste estudo, o que se pretende perceber é se existem ou não diferenças nas relações mãe-bebé atendendo ao tipo de parto a que cada mãe se sujeitou. Deste modo, definiram-se os seguintes objetivos:

- Estudar as qualidades psicométricas da escala “PBQ – Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento”;
- Verificar quais os fatores que influenciam na escolha do tipo de parto;
- Verificar se existem diferenças entre o planeamento ou não da gravidez quanto à existência de perturbações na ligação ao bebé após o nascimento;
- Verificar se existem diferenças na perceção das mães sobre a relação com o o /a filho/a considerando o tipo de parto;

- Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o tipo de parto;
- Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o sexo do bebé;
- Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento- ligação danificada ao bebé, considerando o tipo de parto realizado;
- Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento – ligação positiva ao bebé considerando o tipo de parto;
- Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento – rejeição/raiva considerando o tipo de parto.

2. Método

Com a metodologia pretende-se dar a perceber todos os procedimentos científicos adotados para a concretização deste estudo (Pinto, 1990). Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, para uma melhor interpretação dos resultados que mais à frente serão apresentados.

Deste modo, segue-se a caracterização dos participantes, a descrição dos materiais e do procedimento tido para a consecução dos objetivos a que nos propusemos.

2.1. Participantes

O presente estudo conta com uma amostra não probabilística, mais especificamente, uma amostra por seleção racional (Maroco & Bispo, 2005). Este tipo de amostragem é das mais comuns no qual a população é selecionada com vista a obter objetivos específicos

(Maroco & Bispo, 2005). Deste modo, para este estudo foram abordadas mulheres de diferentes idades, estado civil, nível socioeconómico, que sejam mães.

Assim, a amostra é constituída por 112 mulheres, com idades compreendidas entre os 21 e os 45 anos que sejam mães. Para a sua participação no estudo, tinham de ser cumpridos critérios de inclusão e exclusão: ter sido mãe pela última vez há cerca de dois/três anos (inclusão) e ter sido mãe adolescente pela última vez; ter problemas psicológicos ou doenças mentais diagnosticadas (exclusão).

Para a apresentação dos resultados da caracterização da amostra procedeu-se à estatística descritiva dos mesmos uma vez que nos permite sintetizar todos os dados (Martins, 2011).

Todos os participantes ($N=112$) são do sexo feminino ($M= 33,49$; $Dp= 4,617$) sendo que a idade mínima é de 21 anos e a idade máxima é de 45 anos. A maioria das participantes apresenta um nível socioeconómico alto e médio alto (70,5%) e são casadas (76,8 %). Quanto ao tipo de parto, verifica-se que o parto normal foi o mais realizado (59,8 %). O quadro 1 sintetiza as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1. *Caracterização da amostra (N=112)*

NSE (nível sociodemográfico)	Estado civil	Tipo de parto	
		Normal n (%)	Cesariana n(%)
Alto e médio alto	Solteira	8 (10,1)	5 (6,3)
	Casada	39 (49,4)	26 (32,9)
	Divorciada	1 (1,3)	0 (0)
		48 (60,8)	31 (39,2)

Total		
Médio	Normal	Cesariana
	n(%)	n(%)
Solteira	9 (27,3)	2 (6,1)
Casada	10 (30,3)	11 (33,3)
Divorciada	0 (0)	1 (100)
Total	19(57,6)	14(42,4)

É de referir que não houve nenhuma participante que apresentasse um NSE baixo, sendo esse o motivo pelo qual este nível não consta no quadro 1.

2.2. Materiais

A recolha de dados realizada neste estudo foi efetuada através de um inquérito por questionário, contendo questões relativas aos dados sociodemográficos, um questionário de dados relativos ao filho e a informações da gravidez/parto e o questionário “PBQ – Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento” (Nazaré, Fonseca & Carnavaro, 2012).

2.2.1. Inquérito por questionário

Secção 1: Dados Sociodemográficos

Com este questionário pretende-se caracterizar a amostra em estudo. É uma breve secção que engloba as seguintes variáveis: idade, habilitações literárias, profissão e estado civil. Este questionário é relativo quer ao pai quer à mãe da criança em estudo (cf. Anexo A).

Secção 2: Dados relativos ao filho e informações da gravidez/parto

A elaboração deste questionário ocorreu de uma intensa pesquisa bibliográfica. É um questionário que pretende explorar, ainda que de forma superficial, como foi a gravidez e como é que o parto e o tipo de parto poderão ter influência na relação mãe bebé. De uma forma mais detalhada, com este questionário pretendíamos saber o sexo da criança, a sua data de nascimento bem como o tipo de parto que foi realizado. Para além disto, pretendíamos perceber como decorreu a gestação, se o tipo de parto foi escolha da gestante e se o parto que foi realizado teve ou não influência na relação da mãe com o filho, segundo a percepção das respondentes. Por fim, questionava-se quanto à relação de proximidade com os outros filhos. Neste grupo de questões, havia perguntas de cariz obrigatório e opcional. As respostas eram de escolha múltipla e de resposta aberta (cf. Anexo A).

Todas as perguntas eram direcionadas a mulheres que tivessem sido mães pela última vez, no máximo, há três anos.

2.2.2. Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento

Foi ainda administrado o Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento (PBQ), adaptado do *Postpartum Bonding Questionnaire* desenvolvido por Brockington, Fraser & Wilson (2001, 2006) com o objetivo de avaliar a existência de perturbações na ligação mãe bebé, adaptado por Nazaré, Fonseca e Carnavaro (2012) para o contexto português. Adaptaram este instrumento para a versão portuguesa ($N=229$; $\alpha=0,71$) reduzindo o número de itens de 84 para 12, sendo que foi necessário adaptar um dos itens, uma vez que a sua tradução não se verificava clara. É uma escala de autopreenchimento, utilizando uma escala de lickert entre 0 e 5: “nunca”, “poucas vezes”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “muitíssimas vezes” e “sempre”. A cotação é realizada através do somatório dos itens, sendo, quanto mais

elevada a pontuação mais danificada está a ligação mãe bebé. Contudo, é necessário ter em consideração é necessário inverter as pontuações os itens 1, 5, 6 e 11 (cf. Anexo B).

Para além da versão portuguesa do instrumento, existem outras versões e adaptações: Alemanha ($N=862$), Holanda ($N=263$) e Japão ($N=244$) (Reck et al., 2006; Van Bussel, Spitz & Demyttenare, 2010; Suetsugu, Honjo, Ikeda & Kamibeppu, 2015).

Quanto às qualidades psicométricas, o PBQ apresenta uma consistência variável entre o razoável e boa verificada em todos os países no qual foi validada, dado que apresenta um *alpha de cronbach* superior igual ou superior a 0,71, como verificado no quadro 2.

Tabela 2. Valores de N e *alpha de cronbach* de outras versões do instrumento

País	Portugal	Alemanha	Holan da	Japão
<i>Alpha de cronbach</i>	0,71	0,85	0,87	0,842
N	458	862	263	244

Através da análise factorial constata-se a presença de apenas 1 fator na versão portuguesa, denominado por Ligação ao Bebé Danificada composto, assim, por todos os itens.

No ponto resultados, iremos apresentar o estudo das qualidades psicométricas deste questionário.

2.3. Procedimentos

Para a realização desta investigação, iniciou-se uma intensa pesquisa da literatura sobre os diferentes tipos de parto assim como tudo aquilo que está subjacente a este de forma a perceber se já existiriam estudos sobre a implicação do tipo de parto na relação mãe-bebé.

De seguida passou-se à escolha e realização de instrumentos: primeiramente elaborou-se um questionário de dados sociodemográficos assim como um pequeno questionário com dados relativos ao nascimento do filho em estudo, tendo-se, de imediato, enviado o projeto para aprovação por parte de diversos profissionais da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa. Algum tempo depois, é já com o projeto aprovado (cf. Anexo C), achou-se pertinente incluir um novo instrumento, “PBQ – Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento”, pelo que se enviou um *e-mail* aos autores a pedir autorização para a utilização do mesmo (cf. Anexo D). A resposta foi positiva tendo-se enviado este novo acrescento para a Comissão de Ética da mesma faculdade, tendo-se obtido, novamente, parecer positivo.

Após a obtenção de todas as autorizações, colocou-se o inquérito por por nós elaborados e o PBQ *online*, através do *Google Docs*.

Quer a confidencialidade quer o anonimato das participantes foram salvaguardadas. A qualquer momento as participantes poderiam interromper o preenchimento do questionário, sendo a sua participação voluntária e, portanto, poderiam desistir em qualquer momento. Os questionários só ficariam acessíveis para a autora do estudo após as participantes clicarem no botão de forma a enviar o questionário. É também de salvaguardar que, após a finalização do estudo, todos os dados serão destruídos.

A recolha de dados ocorreu entre fevereiro de 2018 e abril de 2018. Para uma melhor e mais precisa análise de dados elaborou-se uma base de dados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 24. Após a finalização da recolha de dados, inseriram-se todos os dados na base de dados para serem analisados de forma a dar resposta aos objetivos do estudo.

3. Resultados

A apresentação dos resultados constitui-se como uma das etapas mais importantes, pelo que a informação que se pretende transmitir deve ser clara e rigorosa (Ribeiro, 1999).

Deste modo seguem-se, de seguida, os resultados obtidos para cada objetivo estabelecido e referido anteriormente.

3.1. Estudar as qualidades psicométricas da escala “PBQ – Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento”

Estudamos as qualidades psicométricas do PBQ devido ao facto de que o intervalo de idades dos filhos dos nossos participantes (entre 0 e 3 anos) não corresponde às idades preconizadas pelo estudo original (o questionário foi aplicado às mães em diferentes situações a nível clínico, gestacional e após o parto) (Brockington et al., 2001) e da versão portuguesa em que os bebés tinham cerca de 6 meses (Nazaré et al., 2012).

3.1.1. Análise dos itens do Postpartum Bonding Questionnaire

Segundo DeVellis (2003), o valor médio de cada resposta deve rondar a alternativa da resposta média sendo, neste caso, 2,5. Contudo neste caso, tal não se verifica. Como apresentado no quadro 3, os valores tendem sempre a aproximar-se dos valores extremos a escala (0 e 5). Relativamente ao desvio padrão, Carretero-Dios e Pérez (2005) consideram que todos os valores inferiores a 1 devem ser encarados como valores desejáveis uma vez que indica que os participantes escolheram mais vezes uma resposta intermédia em detrimento de respostas situadas mais nos extremos. Esta situação verifica-se, como comprova o quadro 3, para quase todos os itens à exceção dos itens 8 e 9. Quanto aos valores mínimos e máximos, estes indicam que os participantes, em alguns casos, seleccionaram as alternativas de resposta mais perto dos extremos.

Já relativamente à assimetria, os valores vão de encontro aos valores de medida central, ou seja, que a média dos itens tende a afastar para os extremos, sejam negativo ou positivo. Já relativamente aos valores de curtose, estes não se encontram dentro dos valores desejáveis para uma distribuição normal (-1 a 1). Deste modo, estamos perante uma distribuição leptocúrtica (Marôco, 2003), sendo esta situação mais acentuada nos itens 3, 6, 10 e 12.

Tabela 3. *Análise descritiva dos itens da escala Postpartum Bonding Questionnaire*

Item	M (min-max)	Mediana	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
1	4,63 (2-5)	5	0,761	-1,996	3,044
2	0,47 (0-4)	0	0,759	1,855	4,092
3	0,07 (0-2)	0	0,321	4,862	24,407
4	0,80 (0-4)	1	0,826	1,066	1,453
5	4,70 (2-5)	5	0,669	-2,317	4,881
6	4,76 (0-5)	5	0,808	-3,911	16,279
7	0,63 (0-5)	0	0,931	1,911	4,719
8	1,27 (0-5)	1	1,031	1,148	2,169
9	0,75 (0-5)	0	1,044	1,777	3,373
10	0,03 (0-2)	0	0,211	8,457	74,649
11	4,77 (1-5)	5	0,644	-3,463	13,743
12	0,09 (0-5)	0	0,546	7,492	62,004

3.1.2. Estudo da consistência interna da escala Postpartum Bonding Questionnaire:

alpha de Cronbach

Quando se fala na fidelidade de um instrumento fala-se da consistência do mesmo, ou seja, do grau de confiança que se tem nos resultados obtidos, pelo que, quando mais semelhantes foram os resultados maior a fidelidade (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Deste

modo, recorreu-se ao cálculo do *alpha de cronbach*, sendo esta uma das medidas para utilizadas para avaliar a consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008), para a análise da consistência interna do instrumento.

Segundo Pestana e Gageiro (2008), os valores da consistência interna classificam-se em muito boa ($\alpha > 0,90$), boa (α entre 0,8 e 0,9), razoável (α entre 0,7 e 0,8), fraca (α entre 0,6 e 0,7) e inadmissível ($\alpha < 0,6$).

Deste modo, e de acordo com os valores apresentados no quadro 4, o valor da consistência interna é razoável. Todos os valores de *alpha de cronbach* excluindo cada item se situam abaixo ou correspondem ao valor da escala total, pelo que contribuem para a consistência interna no instrumento.

Tabela 4. Valor de Alpha de Cronbach para as participantes em estudo

PBQ	N	Alpha de Cronbach
12	112	0,70

3.1.3. Análise factorial em componentes principais

De seguida, apresentam-se os resultados obtidos após a realização da análise factorial em componentes principais. Foram encontrados fatores que explicam 58% dos resultados obtidos.

O fator I, designado de Ligação danificada ao bebé, engloba os itens 2,4,7,8 e 9. Este fator explica 29% da variância total dos resultados. A ligação Danificada ao Bebê é caracterizada por um distanciamento por parte da mãe ou até mesmo por uma ausência de ligação ao bebé (Brockington et al., 2001).

Já o fator II é designado de Ligação positiva ao bebé e constitui-se pelos itens 5, 11, 1 e 6, explicando, deste modo, 19% da variância total dos resultados. O valor da saturação é forte e positivo. O segundo fator, Ligação Positiva ao Bebê, não foi mencionado por outra versão do instrumento. No entanto, este fator retrata a proximidade entre mãe e bebé bem como os sentimentos positivos de ter dado à luz aquele bebé.

Por fim, o fator III é designado por Rejeição/Raiva. É apenas constituído pelos itens 3 e 12 e explica 9% da variância total dos resultados. O fator Rejeição /Raiva está relacionado com o arrependimento face ao nascimento do bebé e do desejo de transferir para outrem a tarefa de prestação de cuidados (Nazaré, Fonseca & Carnavaro, 2011).

Os coeficientes de saturação são bons para todos os itens uma vez que todos apresentam valores superiores a 0,32, sendo este o valor mínimo para se aceitar um coeficiente de saturação (Tabachnick & Fidell, 2007), bem como todos os itens apresentam valores superiores a 0,5.

Já no que diz respeito aos valores da comunalidade (h^2), estes são bons para todos os itens, uma vez que todos se encontram superiores 0,40, valores considerados aceitáveis (Costello & Osborne, 2005).

Deste modo, a análise dos índices da validade interna permitiu concluir que todos os itens apresentam bons valores de qualidade interna.

Tabela 5. *Análise fatorial em fatores comuns e únicos da PBQ, após rotação varimax para a amostra total (N=112)*

Item	I	II	III	h^2
4	0,813			0,689
9	0,813			0,669
7	0,798			0,651
8	0,657			0,446

2	0,631		0,440	
10	0,532		0,585	
5		0,882	0,785	
11		0,814	0,684	
1		0,761	0,633	
6		0,690	0,546	
3			0,690	0,507
12			0,580	0,414
Val. Pro.	3,528	2,340	1,182	
% Variância Total	29,396	19,502	9,846	∑Var. 58,745

3.2. Verificar quais os fatores que influenciam na escolha do tipo de parto

Neste ponto tinha-se como objetivo perceber, de entre as participantes que afirmaram ter escolhido o tipo de parto, quais os motivos que as levaram essa decisão.

Para tal, recorreu-se à análise de conteúdo, uma técnica qualitativa ainda que se situe na fronteira entre o qualitativo e o quantitativo. Esta técnica é das mais usadas em Psicologia Clínica e pretende extrair os principais conceitos e temas de um determinado conjunto de dados, para assim nos dar as frequências das categorias definidas. Neste caso, as categorias apenas foram definidas após a recolha dos dados (Barker, Pistrang & Elliott, 2016; Vala, 1986).

Conforme apresentado no quadro 6, verifica-se há uma maior prevalência por parte das participantes que referem que o fator que mais têm em conta é o facto de quererem que o filho nasça de forma mais natural, assim como ter uma recuperação mais rápida no pós parto.

Deste modo, o quadro 6 apresenta as categorias elaboradas bem como as frequências para cada uma delas.

Tabela 6. *Fatores de frequências dos fatores que influenciam a escolha do tipo de parto*

Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto	Freq.
Forma mais natural de nascer e recuperação mais rápida (parto normal)	18
Maior segurança para a mãe e para o bebê	14
Experiência pessoal passada	4
Decisão conjunta com a equipa médica	2
Receio de complicações pós parto	1

3.3. Verificar se existem diferenças entre o planeamento ou não da gravidez quanto à existência de perturbações na ligação ao bebé após o nascimento

De modo a verificarmos se existem diferenças entre o planeamento ou não da gravidez quanto à existência de perturbações na ligação ao bebé após o nascimento recorreu-se ao *t-student*. Neste caso utilizou-se o teste *t* para duas amostras independentes para perceber se as duas variáveis em estudo diferem significativamente uma da outra (Martins, 2011).

Para a realização deste teste as participantes foram agrupadas tendo em conta se a gravidez foi ou não planeada, dando depois lugar à existência de perturbações na ligação ao bebé após o nascimento.

Como apresentado no quadro 7, os resultados não são estatisticamente significativos.

As diferenças entre os grupos em análise não se revelam estatisticamente significativos ($t(110) = 0,151$; $p = 0,880$), pois encontra-se abaixo do nível de significância ($p \leq 0,05$), o que significa que não existem diferenças entre as mães que planearam e as que não planearam a gravidez, ou seja, ser ou não planeada não tem relação com a existência de perturbações na relação mãe bebé após o nascimento. Contudo, são as mães que planearam a gravidez ($M=34,988$) que mais tendem a achar que esta decisão vai influenciar a existência de perturbações na ligação mãe bebé.

Tabela 7. Teste *t* para diferenças entre o planeamento ou não da gravidez relativamente à existência de perturbações na ligação ao bebé após o nascimento

	<i>Gravidez planeada (n=86) Média (DP)</i>	<i>Gravidez não planeada (n=26) Média (DP)</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Relação mãe bebé (score total)	34,988 (4,266)	34,846 (3,946)	0,151	110	0,880

3.4. Verificar se existem diferenças na perceção das mães sobre a relação com o o /a filho/a, considerando o tipo de parto

De modo a verificarmos se existem diferenças na perceção das mães sobre a relação com o/a filho/a considerando o tipo de parto recorreu-se ao teste *t-student*.

Para a realização deste teste as participantes foram agrupadas consoante o seu tipo de parto (normal ou cesariana), dando depois lugar à avaliação da influência do tipo de parto na relação com o filho.

Conforme apresentado no quadro 8, as mães que se submeteram a um parto por cesariana ($M=1,91$; ($t(110) = -4,009$; $p = 0,000$) têm mais tendência a considerar que o tipo de parto realizado influencia a relação com o seu filho.

Tabela 8. Teste *t* para diferenças na percepção das mães relativamente à relação mãe bebé, considerando o tipo de parto

	Parto normal (n=67) Média (DP)	Parto por cesariana (n=45) Média (DP)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Relação mãe bebé (score total)	1,58 (0,497)	1,91 (0,288)	-4,009	110	0,000

Para além do recurso ao *t-student*, recorreu-se, uma vez mais, à análise de conteúdo.

Para tal, na tabela 9 são apresentadas as categorias relacionadas com as mães que consideram que o tipo de parto influencia a relação mãe bebé.

Conforme apresentado no quadro 9, as participantes tendem a evidenciar mais que o contacto imediato com o filho/a vai influenciar a vossa relação, seguido da consideração de que o parto normal é mais emotivo e fomenta a proximidade imediata.

Tabela 9. Tabela de frequências dos fatres da influência do tipo de parto na relação mãe bebé

O tipo de parto influencia a relação mãe bebé	Freq.
Contacto pele a pele no parto normal	8
O parto normal é mais emotivo e permite proximidade imediata	7
Complicações no parto adiam o estabelecimento do vínculo	5
Dor sentida durante o parto intensifica a relação	2

No quadro 10, inscrevemos os resultados obtidos relacionadas com as mães que consideram que o tipo de parto não influencia a relação mãe bebé, sendo a categoria em maior evidência a de que o amor pelo/a filho/a é incondicional independentemente do tipo de parto.

Tabela 10. Tabela de frequências dos fatores da não influência do tipo de parto na relação mãe bebê

O tipo de parto não influencia a relação mãe bebê	Freq.
Amor incondicional independentemente do tipo de parto	12
A relação inicia-se ainda durante a gravidez	4
Experiência pessoal da realização dos dois tipos de parto	3
A relação apenas se inicia após o parto	3

3.5. Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebê após o nascimento, considerando o tipo de parto

De modo a perceber se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebê após o nascimento, considerando o tipo de parto recorreu-se ao teste *t-student*. As participantes foram agrupadas consoante o tipo de parto (normal ou cesariana), dando depois lugar à avaliação do somatório das respostas dos itens do PBQ. Os valores apresentados não são estatisticamente significativos ($t(110) = -1,249; p = 0,214$).

Ao considerarmos as médias, são as mães que realizaram parto por cesariana ($M=35,55$) que consideram que o tipo de parto pode influenciar a existência de perturbações na ligação ao bebê após o nascimento.

Tabela 11. Teste *t* para verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebê após o nascimento

Parto normal (n=67) Média (DP)	Parto por cesariana (n=45) Média (DP)	t	gl	p
Somatório				

PBQ (<i>score</i> total)	34,552 (4,75)	35,555 (3,07)	-1,249	110	0,214
-------------------------------------	---------------	---------------	--------	-----	-------

3.6. Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o sexo do bebé

De modo a perceber as diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o sexo do bebé recorreu-se ao teste *t-student*.

Os valores apresentados não são estatisticamente significativos ($t(110) = -0,123$; $p = 0,902$), conforme podemos observar no quadro 12.

Ao considerarmos as médias, são as mães que realizaram parto por cesariana (M=35,00) que consideram que o sexo do bebé pode influenciar a existência de perturbações na ligação ao bebé após o nascimento.

Tabela 12. *Teste t para verificar se existem diferenças quanto ás perturbações na ligação ao bebé após o nascimento*

	Feminino (n=51) <i>Média</i> (<i>DP</i>)	Masculino (n=61) <i>Média</i> (<i>DP</i>)	t	gl	p
Somatório					
PBQ (<i>score</i> total)	34,902 (3,97)	35,000 (4,37)	-0,123	110	0,902

3.7. Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento- ligação danificada ao bebé, considerando o tipo de parto realizado

Com o objetivo de perceber se existem perturbações que contribuam para uma ligação danificada ao bebé considerando o tipo de parto realizado, recorreu-se ao teste *t-student*.

Relativamente aos resultados, os valores obtidos não se verificam estatisticamente significativos ($t(110) = -0,635$; $p = 0,527$), como apresentado no quadro 12. Se considerarmos as médias, as mulheres que realizaram parto por cesariana ($M=9,17$) têm mais tendência a achar que o tipo de parto pode contribuir para uma ligação danificada ao bebé do que as que tiveram parto normal ($M=8,46$).

Tabela 13. *Teste t para verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento - ligação danificada ao bebé, considerando o tipo de parto*

	Parto normal (n=67) <i>Média (DP)</i>	Parto por cesariana (n=45) <i>Média (DP)</i>	t	gl	p
Ligação danificada ao bebé (<i>score total</i>)	8,463 (3,57)	9,177 (9,17)	-0,635	110	0,527

3.8. Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento – ligação positiva ao bebé, considerando o tipo de parto

Com este objetivo pretendeu-se perceber se o tipo o tipo de parto realizado influencia uma ligação positiva ao bebé. Para tal, recorreu-se ao *t-student*.

Conforme apresentado no quadro 14, os valores não se verificam estatisticamente significativos ($t(110) = -1,262$; $p = 0,210$). Ainda assim, as mães que se submeteram a um parto por cesariana ($M=23,17$) têm mais tendência a achar que o tipo de parto vai influenciar uma boa ligação ao bebé, do que as que tiveram parto normal ($M=22,62$).

Tabela 14. *Teste t para verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento - ligação positiva ao bebé, considerando o tipo de parto*

	Parto normal (n=67) Média (DP)	Parto por cesariana (n=45) Média (DP)	t	gl	p
Ligação positiva ao bebé (<i>score</i> total)	22,626 (2,61)	23,177 (1,59)	-1,262	110	0,210

3.9. Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento – rejeição/raiva, considerando o tipo de parto

Com este objetivo pretendeu-se perceber se o tipo de parto realizado influencia algum tipo de rejeição/raiva na ligação ao bebé.

Como apresentado no quadro 15, não se verificam resultados estatisticamente significativos ($t(110) = 0,066$; $p = 0,948$).

Ainda assim, ao considerarmos as médias, as mulheres que realizaram parto normal ($M=2,16$) têm mais tendência a achar que o tipo de parto vai influenciar a presença de rejeição/raiva na ligação ao bebé.

Tabela 15. *Teste t para verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento - rejeição/raiva, considerando o tipo de parto*

	Parto normal (n=67) <i>Média (DP)</i>	Parto por cesariana (n=45) <i>Média (DP)</i>	t	gl	p
Rejeição/ Raiva (<i>score total</i>)	2,164 (0,70)	2,155 (0,63)	0,066	110	0,948

4. Discussão de resultados

Neste ponto irão ser discutidos e interpretados os resultados obtidos e apresentados anteriormente permitindo, assim comparar estes resultados com os apresentados e descritos ao longo da revisão teórica. Para se tornar mais claro, a discussão será respeitada a ordem dos objetivos delineados

Neste estudo participaram 112 mães com idades compreendidas entre os 21 e os 45 anos ($M= 33,49$; $Dp= 4,61$). Na sua maioria, apresentam um NSE alto e são casada. Maioritariamente, estas mães passaram por um parto normal na sua última gravidez (no máximo há 3 anos).

Para a recolha de dados foram usados os seguintes instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos, Questionário de dados relativos ao filho e informações da gravidez/parto e Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento (PBQ).

Iremos proceder, em seguida, à discussão dos resultados obtidos.

4.1. Estudar as qualidades psicométricas da escala “PBQ – Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento”

Estudámos as qualidades psicométricas do PBQ devido ao facto de o intervalo de idades dos filhos das nossas participantes (entre 0 e 3 anos) não corresponderem às idades preconizadas pelo estudo original e a versão portuguesa.

Para se analisar a sensibilidade da escala, tomámos em consideração os valores de assimetria e de curtose para cada item. Os valores de assimetria são dispersos, alguns são baixos, outros altos. Todos os itens ultrapassam a unidade, o que é considerado um grau alto de assimetria de distribuição. Segundo Pestana e Gageiro (2008), uma distribuição diz-se normal quando os valores de média e mediana apresentam o mesmo valor. Tal não se verifica

nos resultados obtidos, pelo que estamos perante uma distribuição assimétrica. Segundo Nazaré et al., (2012), na versão portuguesa do instrumento, os valores tendem a afastar-se dos extremos afastando-se, assim, da média de respostas dos itens.

Já os resultados da curtose são superiores à unidade na totalidade dos itens, sendo que existem valores que ultrapassam o limite do aceitável como nos itens 3, 6, 10 e 12. Ainda segundo Pestana e Gageiro (2008), valores superiores a 1,96 revelam uma distribuição menos achatada do que a normal. Estamos, assim, perante uma distribuição leptocúrtica. Na versão portuguesa do instrumento, os valores de curtose variam bastante verificando-se, também, uma distribuição leptocúrtica, tal como no nosso estudo (Nazaré et al., 2012).

A média dos itens aproxima-se dos da mediana, o que vai de encontro ao facto de os valores se sobreporem, numa distribuição gaussiana (Almeida & Freire, 2008).

O PBQ total apresenta valores razoáveis de *alpha de Cronbach*, medida para avaliar a consistência interna que vai permitir perceber a relação entre cada item e o fator associado, segundo os critérios definidos por Pestana e Gegeiro (2008), aproximando-se do valor de *alpha* da versão portuguesa (Nazaré, Fonseca & Carnavaro, 2012).

Todos os itens deste instrumento são considerados interessantes e pertinentes para o estudo em curso e foram bem aceites por todas as participantes. Deste modo, optámos por manter todos os itens.

Para a análise da validade da escala, procedeu-se a uma análise factorial em componentes principais com rotação *varimax*, o que revelou a existência de 3 fatores, mais dois do que Nazaré et al. (2012), a saber: Ligação Positiva ao Bebê e Rejeição/Raiva, para além da Ligação Danificada ao Bebê. Para a obtermos a estrutura factorial, optámos pela rotação *varimax*, de modo a obter o contraste máximo dos itens dentro de cada fator (Pestana & Gageiro, 2008). Assim como em estudos anteriores (Reck et al., 2006), utilizamos a rotação

varimax, que foi utilizada com bons resultados. Para a análise fatorial, foram considerados todos os itens.

O primeiro fator engloba a ligação danificada ao bebé é composto pelos itens 2, 4, 7, 8, 9 e 10. Do mesmo modo, o segundo fator diz respeito à ligação positiva com o bebé e é constituído pelos itens 1, 5, 6 e 11. Por último, o terceiro fator diz respeito à rejeição/raiva e é constituído pelos fatores e 3 e 12. De acordo com Brockington et al., (2001, 2006), os factores Ligação Danificada ao Bebé e Rejeição/Raiva têm permitido perceber quais as mulheres que têm e as que não têm perturbação na sua relação com o bebé. De acordo com os mesmos autores, uma pontuação elevada na Ligação danificada ao bebé pode sugerir a presença de ansiedade, obsessão e raiva na relação mãe bebé. Já no fator rejeição/raiva pode apontar para a rejeição por parte da mãe para com o bebé.

Quando aos coeficientes de saturação, estes revelaram-se bons para a maioria dos itens de acordo com os critérios apresentados por Tabachnik e Fidell (2007). Todos os valores de comunalidade são bons, ou seja, parte da variável é explicada pelos fatores comuns e é partilhada, pelo menos, por uma outra variável do conjunto (Pestana & Gageiro (2008). Assim, todos os valores são aceitáveis segundo Costello & Osborne (2005). Confirma-se, assim, a validade do construto em termos da estrutura factorial. Comparativamente com o valor de *alpha* obtido (0,70), o valores obtidos situam-se acima ou ligeiramente abaixo quando comparados com este valor, sendo o valor de coeficiente mais baixo obtido de 0,532.

4.2. Verificar quais os fatores que influenciam na escolha do tipo de parto

Para se perceber quais aos fatores que que influenciam a escolha do tipo de parto recorreu-se a uma técnica qualitativa, à análise de conteúdo (Barker, Pistrang & Elliott, 2016; Vala, 1986) para se perceber quais as principais causas apresentadas pelas participantes. As

duas categorias em maior evidência são “Maior segurança para mãe e bebê” e “Forma mais natural de nascer e recuperação mais rápida”. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Costa et al. (2014), em que a escolha do tipo de parto é influenciada pelos riscos e benefícios do mesmo. Para estas mães quer o seu bem estar quer o bem estar do bebê estão em primeiro lugar, na hora de escolher o tipo de parto.

Do mesmo modo, também a experiência pessoal passada é tido em consideração no momento de escolher. De acordo com estudos realizados (Costa e Silva et al., 2014), para além da experiência pessoal, também a experiência de terceiros pode ser determinante. Do mesmo modo, mulheres que passaram, previamente, por um parto normal, acreditam ser esta a melhor via (Costa e Silva et al., 2014; Weidle et al., 2014). A decisão também é tomada por recomendação da equipa médica como referido no estudo realizado por Weidle et al. (2014).

4.3. Verificar se existem diferenças entre o planeamento ou não da gravidez quanto à existência de perturbações na ligação ao bebê após o nascimento

Com este objectivo pretendemos perceber se se a gravidez for ou não planeada pode ou não levar à existência de perturbações na ligação ao bebê após o nascimento.

Os resultados obtidos não são estatisticamente significativos, ou seja, quer a gravidez tenha sido ou não planeada, não vai afetar a existência de perturbações na ligação mãe bebê. Contudo, são as mães que planearam a gravidez mais tendem a achar que o planeamento da gravidez possa levar à existência de perturbações na relação mãe bebê.

Estudos de DiMatteo (1996), concluíram que, inicialmente, se verifica uma relação menos positiva entre a mãe e o bebê quando o parto foi cesariana e quando a gravidez não foi planeada. Deste modo, estes resultados não vão de encontro aos resultados do nosso estudo.

4.4. Verificar se existem diferenças na percepção das mães sobre a relação com o/a filho/a, considerando o tipo de parto

De seguida, pretendemos perceber a percepção das mães sobre a relação com o/a filho/a considerando o tipo de parto tendo-se, para tal, recorrido ao *t-student*.

Os resultados obtidos a esta questão são estatisticamente significativos, ou seja, as mães que realizaram cesariana tenderam a achar que, de facto, o tipo de parto vai influenciar a ligação mãe bebé. De forma a aprofundar estes resultados, recorreu-se, uma vez mais, à análise de conteúdo. De entre as participantes que consideravam que o tipo de parto influencia a ligação mãe bebé, as categorias em maior evidência foram “O parto normal é mais emotivo e permite proximidade imediata” e “Contacto pele a pele no parto normal”. Também Barros (2010) afirma que o alfato, o toque e o contacto físico contribuem para o estabelecimento do vínculo. Estas mães consideram que o facto de poderem pegar, abraçar e amamentar a cria de imediato ajuda a estabelecer a sua relação.

Já as participantes que consideram que o tipo de parto não influencia a relação mãe bebé, têm maior evidência na categoria “Amor incondicional independentemente do tipo de parto”. Para estas mães um filho é um filho, independentemente da forma como nasce e consideram que iriam gostar de forma incondicional independentemente da forma do nascimento. De acordo com estudo de Piccini et al., (2008), é ainda durante a gestação que se inicia a vinculação sendo que, quando maior a idade gestacional mais forte se torna o vínculo.

Ainda que só tenhamos tido acesso a um escasso número de estudos nesta área, a pesquisa realizada refere que quem realiza parto por cesariana tem mais dificuldade em estabelecer uma ligação. Nos estudos realizados por Marut e Mercer (1979), as mães que realizam parto por cesariana têm mais resistência em dar nome ao bebé; do mesmo modo Figueiredo et al. (2002) afirmam que quem se submete a uma cesariana tem uma visão mais negativa do parto, o que se repercute no estabelecimento da ligação ao bebé. Ainda de acordo

com um outro estudo de Figueiredo et al. (2002), as mães que realizaram cesariana, no hospital, são menos cuidadosas com os filhos quando comparadas com as mães que realizaram parto normal sendo que, quando regressam a casa, estes efeitos já não se manifestam. Do mesmo modo, outros estudos (Noyman-Veksler et al., 2015), afirmam que quem passa por uma cesariana apresenta mais demora a estabelecer uma ligação com o bebé, o que se pode vir a repercutir, futuramente, no seu desenvolvimento.

4.5. Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o tipo de parto

De seguida, pretendeu-se perceber se existem diferenças quanto às perturbações na ligação mãe bebé após o nascimento, considerando o tipo de parto.

Os resultados obtidos não são estatisticamente significativos. Ao considerarmos as médias, são as participantes que realizaram parto por cesariana que têm tendência a considerar que o tipo de parto vai influenciar as perturbações na ligação mãe bebé. Na intensa pesquisa bibliográfica feita poucos foram os estudos encontrados. Ainda assim, estudos de Noyman-Veksler et al. (2015) e Figueiredo et al. (2002) afirmam que as mães que se submetem a uma cesariana têm uma maior dificuldade em estabelecer uma ligação ao bebé assim como estão menos disponíveis para a prestação de cuidados quando comparadas com mães que realizaram parto normal.

Eventualmente, estes resultados podem ser explicados pela desejabilidade social. Ou seja, pela vontade que a pessoa tem em transmitir aos outros uma imagem de si que seja valorizada de forma positiva pela sociedade (DeVellis, 2003). De acordo com Moreira (2009), devemos garantir o anonimato das respostas em que estas serão avaliadas considerando um conjunto de pessoas e não avaliadas de forma individual, informar os participantes de que a

veracidade das respostas pode ser avaliada, sendo estas algumas estratégias para controlar a tendência para a desejabilidade social, sendo que só a última não foi possível efectuar neste estudo.

4.6. Verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o sexo do bebé

Já para se perceber se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé, considerando o sexo do bebé, os valores não se mostraram estatisticamente significativos, pelo que os resultados indicam que o sexo do bebé não interfere na ligação mãe bebé. De acordo com a pesquisa bibliográfica feita, não foi encontrado qualquer estudo realizado neste âmbito. Contudo, os resultados obtidos podem dever-se ao facto de que aquele ser é seu filho independentemente de ser rapaz ou rapariga. Estes resultados podem, também, ser explicados pelo facto de que, na maioria dos casos, as mães têm conhecimento do sexo do feto durante a gravidez e assim terem tempo para se habituar à ideia e de se adaptarem caso não estivessem à espera ou não fosse aquela a sua preferência. Ainda assim, são as mães que tiveram um bebé do sexo masculino que mais tendem a considerar que o sexo do bebé influencia na relação mãe bebé. Estes resultados podem também estar relacionados com a idade atual da criança (que varia entre os 0 e os 3 anos) e deste modo, já terem passado por um período de adaptação, ainda que não existam estudos que sustentem esta interpretação.

4.7. Verificar se existem perturbações na ligação ao bebé após o nascimento- ligação danificada ao bebé, considerando o tipo de parto realizado

Já relativamente a perceber se o tipo de parto contribui para uma ligação danificada ao bebé, os resultados não são estatisticamente significativas. No entanto há uma maior tendência para serem as mães que realizaram cesariana a considerar em maior número que o

tipo de parto vai influenciar uma ligação mais danificada. Estes resultados vão de encontro aos estudos realizados por Figueiredo et al. (2002) que sugerem que quem passa por um parto por cesariana tem uma maior dificuldade em estabelecer uma relação com o bebé. Ainda segundo este mesmo estudo, as mães que realizam cesariana são mais ausentes e interagem menos com os/as filhos/as quando comparados com mulheres que realizaram parto normal. Ainda segundo DiMatteo (1996), mães que se submetem a uma cesariana apresentam uma reacção menos positiva para com o bebé.

4.8. Verificar se existem perturbações na ligação ao bebé após o nascimento – ligação positiva ao bebé, considerando o tipo de parto

Relativamente a perceber se existem diferenças na ligação positiva ao bebé considerando o tipo de parto, os resultados também não se mostraram estatisticamente significativos. Ainda assim, são as mães que se submeteram a uma cesariana que mais tendem a considerar que o tipo de parto influencia uma boa ligação materna. Estes resultados poderão ser indicadores de que uma boa ligação materna se traduz numa vinculação segura no qual se verifica disponibilidade total parte parte da mãe (Bowlby, 1988). Do mesmo modo, também uma eficaz e prematura prestação de cuidados ao bebé poderá influenciar na criação de um bom vínculo materno, uma vez que a mãe se mostra e apresenta sempre disponível para atender a todas as necessidades da criança, fazendo com que esta o sinta e perceba que a sua figura materna está sempre presente (Bowlby, 1988).

4.9. Verificar se existem perturbações a ligação ao bebé após o nascimento rejeição/raiva, considerando o tipo de parto

Por fim, os valores não se mostraram estatisticamente significativos quando se tentou perceber se existem diferenças na rejeição/raiva para com o bebé. No entanto, são as mães que

realizaram parto por cesariana que mais tendem a achar que o tipo de parto pode contribuir para uma possível rejeição por parte da mãe. Não existem estudos que sustentem estes resultados. No entanto, verifica-se que, quando existe rejeição materna esta pode dever-se a problemas financeiros ou conflitos familiares que as mães transpõem para as crianças, o que pode ser indicador de uma vinculação evitante (Adrajos, 1966; Long, 2009). Comparativamente com a amostra deste estudo, todas as mães apresentam um nível socioeconómico médio, médio alto e alto pelo que se pode justificar assim a ausência de rejeição por parte das mães para com os filhos, pelo menos pelos motivos acima referidos. De acordo com Adrajos (1966), uma possível rejeição por parte da mãe pode condicionar a formação do vínculo com o bebé. Também de acordo com o mesmo autor, pode haver rejeição por parte das mães uma vês que estas vêm nos filhos características suas que as desagradam.

Síntese

Com a realização deste estudo tínhamos como principal objetivo averiguar se o tipo de parto realizado (normal ou cesariana), iria influenciar a relação mãe bebé, sendo que são ainda bastantes escassos na literatura os estudos sobre esta área.

Para a concretização deste estudo, pedimos autorização à Comissão de Ética da universidade assim como aos autores do instrumento. Posto isto, colocamos *online* um inquérito por questionário solicitando dados sociodemográficos, dados relativos ao/à filho/a e informações da gravidez/parto e o PBQ – Questionário de Ligação ao Bebé após o Nascimento (versão portuguesa), tendo sido respondido por 112 participantes que fossem mães pela última vez, há três anos.

Após a recolha de informação, introduzimos os dados numa base de dados previamente elaborada em SPSS, para procedermos à análise e interpretação de todos os dados obtidos. Para a análise e interpretação dos dados recorreu-se a uma análise quantitativa mas também a uma análise qualitativa, tendo sido utilizada a análise de conteúdo para uma melhor compreensão.

Os resultados obtidos não se verificaram estatisticamente significativos, demonstrando uma ausência de relação entre o tipo de parto e a relação mãe bebé quando aplicado o PBQ. Contudo é importante ressaltar que quando perguntado, diretamente, às mães qual a perceção que tinham sobre este tema, os resultados mostraram-se significativos, tendo considerado que o tipo de parto influenciaria a relação mãe bebé, na perspetiva das mães que realizaram parto por cesariana. Estes resultados podem ser atribuídos à desejabilidade social.

Conclusão geral

A experiência do parto é um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher. A recente mãe tem o primeiro contacto com o seu filho e este facto envolve uma grande carga emocional (Figueiredo et al., 2002). É importante a gestante ter em consideração qual o tipo de parto que irá realizar, recorrendo a profissionais da área para perceber quais os riscos, benefícios e complicações a longo prazo de cada um (Costa e Silva et al., 2014; Feitosa et al., 2017). É a partir do momento do parto que se inicia a vinculação materna, relação esta que é bastante singular e com características bastante próprias de uma mãe e de um filho (Bowlby, 1977; Bowlby, 1988).

Também os transtornos no pós-parto, como a depressão pós parto e a psicose puerperal, podem implicar que o vínculo mãe bebé não se construa de forma adequada, o que se poderá vir a repercutir-se nas relações futuras das crianças com a mãe (Luca, 2005).

Deste modo, a nossa pergunta de partida era perceber se o tipo de parto realizado traria, ou não, consequências na ligação mãe bebé. De uma forma mais específica elaboraram-se os seguintes objetivos: estudar as qualidades psicométricas da escala “PBQ – Questionário de Ligação ao Bebé após o nascimento”; verificar quais os fatores que influenciam na escolha do tipo de parto; verificar se existem diferenças na perceção das mães sobre a relação com o/a filho/a, considerando o tipo de parto; verificar se existem diferenças quanto as perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o tipo de parto; verificar se existem diferenças quanto as perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o sexo do bebé; verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento- ligação danificada ao bebé, considerando o tipo de parto; verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento- ligação positiva ao bebé, considerando o tipo de parto e verificar se existem diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento- rejeição/raiva, considerando o tipo de parto.

Para este estudo contou-se com 112 participantes, com idades compreendidas entre os 21 e os 45 anos, que tivessem sido mães, pela última vez, no máximo há 3 anos.

Os objetivos a que nos propusemos foram alcançados mas não foram de encontro às escassas investigações realizadas nesta área, o que pode dever-se à idade dos filhos das participantes (entre 0 e 3 anos) e não até aos 6 meses como nos estudos efectuados com o instrumento utilizado na recolha de dados (PBQ). Temos ainda a considerar que algumas das respostas dadas pelas mães podem estar imbuídas de desejabilidade social, dado que o tema é muito sensível.

Assim, como principais resultados temos que:

- a PBQ apresenta um *alpha de cronbach* de 0,70, apresentando um consistência interna razoável;

- verificam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à percepção das mães, ou seja, na sua percepção, as mães consideram que o tipo de parto vai influenciar a ligação mãe bebé;

- não se verificam diferenças significativas entre o tipo de parto e a ligação mãe bebé.

Ainda que a percepção das participantes tenha sido de que o parto pode influenciar esta relação, as diferenças não foram estatisticamente significativas. Quer o fator Ligação Danificada ao Bebé, quer a Ligação Positiva ao Bebé e quer a Rejeição/Raiva, não apresentaram resultados estatisticamente significativos, assim como ao nível da existência de diferenças quanto às perturbações na ligação ao bebé após o nascimento, considerando o tipo de parto. Ainda que isso aconteça, verificou-se que, na maioria dos casos, são as participantes que realizaram cesariana que têm uma maior tendência para achar que o tipo de parto influencia a relação mãe bebé. Deste modo, para que tal não se verifique, consideramos importante desmistificar o facto de que as mães que realizaram cesariana considerarem que o tipo parto influencia a relação mãe bebé, uma vez que é a amamentação, a responsividade às

necessidades do bebé que vão influenciar o vínculo materno, entre outros factores (Barros, 2010; Manfroi, Macarini, e Vieira 2011).

Como limitações para este estudo, podemos indicar a ausência de uma amostra heterogénea em termos de nível socioeconómico. Teria sido também interessante inquirir as mães sobre se tiveram algum tipo de perturbação após o parto, se amamentaram a criança, se tiveram ajuda para tratar desta, se o/a companheiro/a participa nos cuidados à criança, o que não foi feito devido ao facto de tempo limitação de tempo para a elaboração da dissertação o que obriga a sermos concisas e parcimoniosas, assim como focadas numa determinada área. Em futuros estudos propomo-nos a colmatar estas lacunas.

Contudo, e com a escassez de investigações nesta área considera-se importante intensificar os estudos nesta área que consideramos ser bastante pertinente. Para além do que já acima referimos, também será importante estudar se o sexo do bebé vai ou não influenciar a relação mãe bebé e pai bebé.

Deste modo, espera-se que a presente investigação tenha sido um contributo no sentido de que as mães considerem que o tipo de parto parece não influenciar a relação mãe-bebé e por isso possam escolher o tipo de parto que consideram mais adequado e seguro para si e para o bebé. As mães que fazem cesariana por escolha própria ou qpor questões de saúde não podem nem devem sentir-se culpadas ou que a relação com o bebé vai ser perturbada por esse motivo.

Referências

- Abreu, N. (2005). *Teoria do Apego – Fundamentos, Pesquisas e Implicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Adrajos, I. (1966). A criança rejeitada. *A.B.P.*, 4, 93-100.
- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 331-341.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Walters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). *Representations and narratives during pregnancy*. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182.
- Andrade, M.C.P. (1999). Custos e benefícios da Maternidade Adiada. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 2, 5-12.
- Andrade, R.D., Santos, J.S., Maia, M.A.C. & Mello, D.F. (2015). Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Esc Anna Nery*, 19(1), 181-186.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baldi, M.M.K. (2002). *Os Transtornos Puerperais e os Aspectos Psicológicos "Normais" da Gravidez, Parto e Puerpério* (Tese de Doutorado). Universidade Tuiutu do Paraná, Brasil.
- Ballesteros-Meseguer, C., Carrillo-García, C., Meseguer-de-Pedro, M., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. (2016). Episiotomy and its relationship to various

clinical variables that influence its performance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24 (1), 1-6.

- Barker, C., Pistrang, N. & Elliott, R. (2016). *Research Methods in Clinical Psychology: An Introduction for Students and Practitioners* (3^a. ed). United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Barros, I.C. (2010). *O impacto da separação mãe/bebê no período pós parto – Perspetiva materna* (Tese de Licenciatura). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências de Saúde, Porto, Portugal.
- Bateson, M.C. (2001). Desenvolvimento psicossocial nos três primeiros anos de vida. In *O mundo da criança* (pp. 231-275). New York: The McGraw Hill Companies.
- Bayle, F.C. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatr Child Health*, 9(8), 541-545.
- Borsa, J.C., Feil, C.F. & Paniágua, R.M. (2007). A relação mãe-bebê em casos de Depressão Pós-Parto (online).
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectionate bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (2^a ed.). Nova Iorque: Basic Books.
- Brand, S., Wilhelm, F. H., Kossowsky, J., Holsboer-Trachsler, E., & Schneider, S. (2011). Children suffering from separation anxiety disorder (SAD) show increased HPA axis activity compared to healthy controls. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 452-459.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Reference. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.

- Bretherton, I. (2000). *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 45-84). Hillsdale: The Analytic Press.
- Brito, I. (2009). A saúde mental na gravidez e primeira infância. dossier: saúde mental infantil. *Rev Port Clin Geral*, 25, 600-604.
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M. & Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 133-140.
- Brockington, I.F., Fraser, C. & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 233-242.
- Camacho, R.S., Cantinelli, F.S., Ribeiro, C.S., Cantilino, A., Gonsales, B.K., Braguittoni, E. & Rennó Jr., J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiq. Clin*, 33(2), 92-102.
- Câmara, R., Burla, M., Ferrari, J., Lima, L., Junior, J.A., Braga, A. & Filho, J.R. (2016). Cesariana a pedido materno. *Rev. Col. Bras. Cir*, 43(4), 301-310.
- Cantilino, A., Zambaldi, C.F., Sougey, E. B. & Rennó Jr., J. (2010). Transtornos Psiquiátricos no pós-parto. *Rev. Psiq. Clín*, 37(6), 278-284.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estúdios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Cavalcante, M.C.V., Filho, F.L., França, A.K.T.C. & Lamy, Z.C. (2017). Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(5), 1683-1693.
- Colman, L.L. & Colman, A.D. (1994). *Gravidez – A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.

- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2007). Perceção da Experiência de Parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 49-66.
- Cordeiro, R.A.C. (2012). *Vinculação e Temperamento afectivo em jovens adultos* (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal
- Costa, R.A., Figueiredo, B., Pacheco, A.P., & Pais, A. (2003). Tipo de parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 6(26), 256-306.
- Costa e Silva, S.P., Prates, R.C.G. & Campelo, B.Q.A. (2014). Parto Normal ou Cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Revista de Enfermagem da Universidade de Santa Maria*, 4(1), 1-9.
- Costello, A. B. & Osborne, J. W. (2005). *Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Cunha, A.A. (2010). Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Femina*, 38(11), 599-606.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- DiMatteo, M. R., Morton, S. C., Lepper, H. S., Damush, T. M., Carney, M. F., Pearson, M., & Kahn, K. L. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A metaanalysis. *Health Psychology*, 15, 303-324.
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Registo de Indicações de Cesariana*. Lisboa: Autor.

- Feitosa, R.M.M., Pereira, R.D., Souza, T.J.C.P., Freitas, R.J.M., Cabral, S.A.R. & Souza, L.F.F. (2017). Factors that influence the choice of birth type regarding the perception of puerperal women. *Revista Online de Pesquisa*, 9(3), 717-726.
- Ferrari, A.G., Piccinini, C.A., & Lopes, R.S. (2007). O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 12(2), 305-331.
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A. (2002). Experiência do parto: Alguns fatores associados e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2(2), p. 203-217.
- Gallo, J.L. & Puertas, A. (s.d.). Parto co espátulas. Patología en el Parto de Alto Riesgo .
- George, C., & Solomon, J. (1999) Attachment and caregiving: the caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P. Shaver, *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (649–670). New York: The Guilford Press.
- Godoy, A.S. (1995). Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20-29.
- Guedeny, A. (2004). A Teoria da Vinculação: A História e as Personagens. In N. Guedeny & A. Guedeny, *Vinculação: conceitos e aplicações* (pp. 25-31). Lisboa: Climepsi.
- Guedeny, N. (2004). Conceitos chave da teoria da vinculação. In N. Guedeny & A. Guedeny, *Vinculação: conceitos e aplicações* (pp. 33-43). Lisboa: Climepsi.
- Heller, S.S., Boris, N.W., Fuselier, S.H., Page, T., Koren-Karie, N. & Miron, D. (2006). Reactive attachment disorder in maltreated twins follow up: From 18 months to 8 years. *Attachment and Human Development*, 8(1), 63-86.
- Heron, J., McGuiness, M., Blackmore, E.R., Craddock, N. & Jones, I. (2008). Early Postpartum, symptoms in puerperal psychosis. *BJOG*, 115(3), 348-353.

- Herren, C., In-Albon, T. & Schneider, S. (2013). Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. *Journal. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 44, 53-60.
- Hesse E., Main. M. (2000). Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1127.
- Holmes, J. (1995). "Something there is that doesn't love a wall": John Bowlby, attachment theory, and psychoanalysis. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 19-43). Hillsdale: Analytic Press
- Hornor, G. (2008). Reactive Attachment Disorder. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(4), 234-239.
- Iaconelli, V. (2005). Depressão Pós-Parto, Psicose Pós-Parto e Tristeza Materna. *Revista de Pediatria Moderna*, 41(4).
- Ijzendoorn, M.H.V., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Jablensky, A.V., Morgan, V., Zubrick, S.R., Bower, C. & Yellachich, Li-Anne. (2005). Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry*, 162(1), 79-91.
- Kendell, R.E., Chalmers, J.C. & Platz, C. (1987). Epidemiology of Puerperal Psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662-673.
- Kjaergaard, H., Wijma, K., Dykes, A., & Alehagen, S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 340-350.

- Lamy, G., & Moreno, B. (2013). Assistência Pré-Natal e Preparo para o Parto. *Omnia Saúde*. 10 (2). 19-35.
- Levalle, K., Herren, C., Blatter-Meunier, J., Adornetto, C, In-Albon, T. & Schneider, S. (2011). Early Predictors of Separation Anxiety Disorder: Early Stranger Anxiety, Parental Pathology and Prenatal Factors. *Psychopatology*, 44(6), 354-361.
- Long M. (2009). Disorganized Attachment Relationships in Infants of Adolescent Mothers and Factors That May Augment Positive Outcomes. *Adolescence* 44(175), 175.
- Lourenço, C., Silva, J., Castro, J., Veiga, M., & Carvalho, C. (2012). Ventosa Obstétrica: Uma Revisão da Literatura. *Arquivos de Medicina*. 26(6). 254-263.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. & Bobak, I.M. (2002). *O cuidado em enfermagem materna* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Lozoff, B., Jordan, B. & Malone, S. (1988). Childbirth in cross-cultural perspectiva. *Marriage and family Review*, 12(3-4), 35-60.
- Luca, B.L. (2005). Os efeitos da Depressão Pós Parto na interacção mãe bebé (Tese de Mestrado). Brasília, Brasil.
- Malekpour, M. (2007). Effects of attachment on early and later development. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 53(105), 81-95.
- Malheiros, P.A., Alves, V.H., Rangel, T.S.A. & Vargens, O.M.C. (2012). Parto e Nascimento: Saberes e Práticas Humanizadas. *Texto Contexto Enferm.*, 21(2), 329-37.
- Mamede, F.V., Almeida, A.M., Souza, L. & Mamede, M.V. (2007). A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 15(6).

- Mandarino, N.R. et al. (2009). Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 25(7), 1587-1596.
- Manfroi, E.C., Macarini, S.M., & Vieira, M.L. (2011). Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*, 21(1): 59-69.
- Marôco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?*, 4(1), 65-90.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Martins, E., Marques, M.J. & Tomé, J. (2002). Analgesia epidural obstétrica. *Rev. Port. Clin. Geral*, 18, 163-168.
- Mass, A.J.B.M., Vreeswijk, C.M.J.M., Braeken, J., Vingerhoets, J.J.M. & Bakel, H.J.A. (2014). Determinants of maternal fetal attachment in women from a community-based sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 5-24.
- Marut, J.S. & Mercer, R.T. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28(5), 260-265.
- Mendes, I.M. (2002). *Ligação materno-fetal: Contributo para o estudo de fatores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Merighi, M.A.B., Gonçalves, R. & Rodrigues, I.G. (2006). Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 775-779.
- Milrod, B., Markowitz, J. C., Gerber, A. J., Cyranowski, J., Altemus, M., Shapiro, T., & Glatt, C. (2014). Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 34-43.
- Monforte, M. F. M., & Mineiro, A. L. S. (2006). As vivências da mulher durante a gravidez. *Nursing (Ed. Portuguesa)*, 16(206), 17-23.
- Montagner, H. (1993). *A Vinculação, A Aurora da Ternura*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Moreira, J.M. (2009). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Nascimento, R.R.P., Arantes, S. L., Souza, E.D.C., Contera, L. & Sales, A.P.A. (2015). Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 119-126.
- Nazaré, B., Fonseca, A. & Carnavaro, M.C. (2012). Postpartum Bonding Questionnaire: Estudo da Versão Portuguesa numa Amostra Comunitária. In A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D.R. Silva, L.S. Almeida, R. Lima & S. Fraga (EDS.), *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 1949-1960). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia.
- Nazaré, B., Fonseca, A. & Carnavaro, M.C. (2012). Avaliação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise factorial confirmatória da versão portuguesa por Posrpartum Bonding Questionnaire (PBQ). *Laboratório de Psicologia*, 10(1), 47-61.
- Noyman-Veksler, G., Herishanu-Gilutz, S., Kofman, O., Holchberg, G., & Shahar, G. (2015). Post-natal pshychopathology and bonding with the infant among first-time

mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery: Sense of coherence and social support as moderators. *Psychology & Health*, 30(4), 441-455.

- Noceda, L.A.C. (2012). El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatr. (Asunción)*, 39(3), 199-206.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal: uma visão partilhada*. Lisboa: Autor.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, sintomatologia psicopatológica e qualidade da relação com as figuras de suporte, com o terapeuta, e com o bebé (estudo exploratório). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 35-59.
- Pacheco, A.P., Costa, R.A. & Figueiredo, B. (2003). Estilo de Vinculação, Qualidade da Relação com Figuras Significativas e da Aliança Terapêutica e Sintomatologia Psicopatológica: Estudo exploratório com Mães Adolescentes. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 33-59.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa., R. & Pais, A. (2005). Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1), 7-41.
- Pedreira, M. & Leal, I. (2015). Terceiro Trimestre de Gravidez: Expectativas e Emoções Sobre o Parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 254-266.
- Pestana, M.H. & Gegeiro, J.N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pfuhlmann, B., Stoeber, G. & Beckmann, H. (2002). Postpartum Psychoses: Prognosis, Risk Factors, and treatment. *Curr. Psychiatri Rep.*, 4(3), 195-190.
- Piccini, C.A. Gomes, A.G., De Nardi, T. & Lopes, R.S. (2008). Gestaçã o e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*, 13(1), 63-72.

- Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da Investigação Psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Pio, D.A.M. & Capel, M.S. (2015). Os significados do cuidado na gestação. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 74-81.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Queiroz, M. V. O., Silva, N. S. J., Jorge, M. S. B. & Moreira, T. M. M. (2005). Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 687-691.
- Weidle, W.G., Medeiros, C.R.G., Grave, M.T.Q. & Dal Bosco, S.M. (2014). Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cad. Saúde Colet*, 22(1), 46-53.
- Reck, C., Klier, C.M., Pabst, K., Stehle, E., Sterffenelli, U., Struben, K. et al. (2006). The german version of the postpartum bonding instrument: psychometric properties and association with postpartum depression. *Archives Womens Mental Health*, 9, 265-271.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J.L.P. & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 1(XX), 67-75.
- Rocha, S.M.M., Simpionato, E. & Falleiros de Mello, D. (2003). Apego mãe-filho: estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(2), 125-129.

- Ronconi, A.P.L., Perdichizzi, F.S., Pires, O.C., Constantino, E., Lopes, V.R., & Posso, I.P. (2010). Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: Visão da parturiente e do obstetra. *Revista Dor*, 11(4) 277-281.
- Roselló, A.P., Pérez, A.T., Cercós, C.L. & García-Iturrospe. (2002). Influencia de la conducta, las actitudes y el estilo de crianza sobre el desarrollo del niño en madres com depresión postparto. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 30(5), 292-300.
- Santos, L., Palma, F. & Roncon, A. (s.d). Analgesia no trabalho de parto. *Arquivos*.
- Sacaini, S., Ogliari, A., Eley, T.C., Zavos, H.M.S. & Battaglia, M. (2012). Genetic and Environmental Contributions to Separation Anxiety: a Meta-Analytic Approach to Twin Data. *Depression and Anxiety*, 29, 754-761.
- Serviço de Medicina Materno Fetal (s.d.). Protocolo: Parto Instrumentado. Barcelona: Autor.
- Schmidt, E.B., & Argimon, I.I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, 43(19), 211-220.
- Schwartz, S.A.R. & Davis, A.S. (2006). Reactive attachment disorder: Implications for School Readiness and School Functioning. *Psychology in the School*, 43(4), 471-479.
- Silva, D.G., Souza, M.R. & Moreira, V.P. (2003). Depressão Pós-Parto: Prevenção e Consequências. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3(21), 439-450.
- Silva, E.T. & Botii, N.C.L. (2005). Depressão Puerperal- Um Revisão de Literatura. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 7(2), 231-238.
- Song, M., Ishii, H., Toda, M., Tomimatsu, T., Katsuyama, H., Nakai, Y., & Shimoya, K. (2017). Maternal Depression and Mother-to-Infant Bonding: The Association of Delivery Mode, General Health and Stress Markers. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 7, 155-166.

- Souza dos Reis, S., Penteado, C., Chaktin, M., Estrela, M., Porto, P., & Munaretto, M. (2009). Parto normal X Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. *Revista da AMRIGS*, 53(1), 7-10.
- Stoll, K., & Hall, W. (2013). Attitudes and Preferences of Young Women With Low and High Fear of Childbirth. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1495-1505.
- Suetsugu, Y., Honjo, S., Ikeda, M. & Kamibeppu, K. (2015). The japanese version of the Postpartum Bonding Questionnaire: Examination of the reliability, validity and scale structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 79, 55-61.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th Edition). Boston: Pearson International Education.
- Tazima, M.F.G.S., Vicente, Y.A.M.V.A. & Moriya, T. (2011). Laparotomia. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 44(1), 33-38.
- Thune-Larsen, K. & Moller-Pedersen, K. (1988). Childbirth experience and postpartum emotional disturbance. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6(4), 229-240.
- Vala, J. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Valenti, E., Almada, R., Presta, E., & Gowdak, A. (2010). Guía de Práctica Clínica: Parto Instrumental. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 29(3), 123-133.
- Van Bussel, J.C., Spitz, B., Demyttenare, K. (2010). Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Archives Womens Mental Health*, 13, 373-384.
- Vaughan, J., Coddington, J.A., Ahmed, A.H. & Ertel, M. (2017). Separation Anxiety Disorder in School-Age Children: What Health Care Providers Should Know. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(4), 433-440.

- Vieira, F., Bachion, M.M., Salge, A.K.M., & Munar, D.B. (2010). Diagnósticos de enfermagem na Nanda no período pós-parto imediato e tardio. *Esc Anna Nery*, 14(1), 83-89.
- Vizziello, G. F., Antonioli, M. E., Cocci, V., & Invernizzi, R. (1993). From pregnancy to motherhood: the structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 4-15.
- Weidle, W.G., Medeiros, C.R.G., Grave, M.T.Q. & Dal Bosco, S.M. (2014). Escola da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cad. Saúde Colet*, 22(1), 46-53.
- Zeanah, C.H., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D. & Heller, S.S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health, Journal*, 20(1), 77-86.

Anexos

Anexo A

Inquérito por questionário –
Dados sociodemográficos e
dados relativos ao filho e
informações da gravidez/parto

Dados sociodemográficos

Idade da mãe *

A sua resposta

Habilitações literárias da mãe(escolaridade) *

- Sem escolaridade
- 1º ciclo (1º a 4º ano)
- 2º ciclo (5º a 7º ano)
- 3º ciclo (8º e 9º ano)
- Ensino Secundário (10º a 12º ano)
- Ensino Superior

Quantos filhos tem? *

- 1
- 2
- 3
- Outra:

Quais as idades dos seus filhos?

A sua resposta

Que tipo de parto realizou para cada um deles?

A sua resposta

Idade do pai *

A sua resposta

Habilitações literárias do pai (escolaridade) *

- Sem escolaridade
- 1º ciclo (1º a 4º ano)
- 2º ciclo (5º a 7º ano)
- 3º ciclo (8º e 9º ano)
- Ensino secundário (10º a 12º ano)
- Ensino Superior

Profissão do pai (se estiver desempregada/reformada, por favor indique a sua última profissão) *

A sua resposta

Estado civil do pai *

- Solteiro
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viúvo

Dados relativos ao filho e informações da gravidez/parto

Sexo *

- Feminino
- Masculino

Data de nascimento *

A sua resposta

Foi uma gravidez planeada? *

- Sim
- Não

Como foi a sua gravidez? *

- Tranquila
- Gravidez de risco

Se foi uma gravidez de risco, por favor indique os motivos.

A sua resposta

Que tipo de parto realizou? *

- Parto normal
- Parto por cesariana

O tipo de parto foi escolha sua? *

- Sim
- Não

Indique, por favor, o/s motivo/s pelo qual realizou esse tipo de parto. *

A sua resposta

Considera que o tipo de parto que realizou influencia a relação com o seu filho? *

- Sim
- Não

Se respondeu SIM ou NÃO na resposta anterior, por favor indique os motivos. *

A sua resposta

Como é a sua relação com os seus outros filhos? (se existirem)

- Boa relação
- Não tão próxima quanto este filho
- Relação tão boa quanto este filho

Anexo B
PBQ – Questionário de
Ligação ao Bebê após o
nascimento (versão
portuguesa)

PBQ - Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento


(Versão original: I. F. Breckington, J. Gates, S. George, D. Turner, P. Vostanis, M. Sullivan, C. Leh, & C. Murdoch, 2001;
Versão portuguesa: Bárbara Nazari, Ana Fonseca, & Maria Cristina Canavarro, 2012)

Indique, por favor, com que frequência cada uma das afirmações se aplica a si. Não há respostas certas nem erradas. Escolha a opção que mais se aproxima da sua experiência recente.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Sempre
01. Sinto-me próximo(a) do meu bebê.						
02. Costaria de regressar à altura em que ainda não tinha este bebê.						
03. Este bebê não parece ser meu.						
04. O meu bebê enerva-me.						
05. Amo loucamente o meu bebê.						
06. Sinto-me feliz quando o meu bebê sorri ou se ri.						
07. O meu bebê enfurece-me.						
08. O meu bebê chora demasiado.						
09. Sinto-me encurralado(a) como pai/mãe.						
10. Sinto rancor do meu bebê.						
11. O meu bebê é o bebê mais bonito do Mundo.						
12. Costaria que o meu bebê desaparecesse de alguma forma.						

Anexo C

Autorização Comissão de Ética

 **Barbara Ferreira Maia de Tavares Almeida** <29232@ufp.edu.pt>
para Faculdade ▾

28/02 ☆



Exma. Sra.
Diretora da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais,
Profª. Doutora Inês Gomes

O meu nome é Bárbara Ferreira Maia de Tavares Almeida e sou aluna de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde. O meu projeto de dissertação de mestrado, intitulado de "Os diferentes Tipos de Parto e as suas Possíveis Consequências na Relação Mãe-Bebé", sob orientação da Profª. Doutora Ana Costa, já foi aprovado por parte da Comissão de Ética, contudo acrescentei um novo instrumento. Deste modo, envio em anexo o instrumento e a autorização da autora para aprovação, pelo que solicito que reencaminhasse referido instrumento para a Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

Bárbara Almeida



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

aluna e Orientador(a).
[Handwritten signature]
20/12/2017

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Diretora da FCHS

Porto, 18 de Dezembro de 2017

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de Mestrado em Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, de Bárbara Ferreira Maia de Tavares Almeida, intitulado "Os Diferentes Tipos de Parto e as suas Possíveis Consequências na Relação Mãe-Bebé", considera nada haver a opor ao mesmo, desde que:

- as instituições que serão contactadas para o levantamento dos dados deem autorização para tal.
- caso haja entrevistas gravadas, sejam obtidos os consentimentos informados para tal.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

[Handwritten signature]
Teresa Martinho Toldy

Anexo D

Autorização das autoras do instrumento


 **Barbara Ferreira Maia de Tavares Almeida** <29232@ufp.edu.pt>

14/02 ☆  

para Bárbara ▾

Boa tarde,
daqui é novamente Bárbara Almeida aluna de Psicologia Clínica e da Saúde.
Na sequência de uma reunião com a minha orientadora de dissertação, surgiu-nos a ideia de usar a versão portuguesa do Bonding como instrumento de avaliação para minha dissertação. Contudo, gostaríamos que este fosse preenchido online (como um questionário do google de modo a juntar ao questionário de dados sociodemográficos já elaborado). Dá-me autorização para a sua utilização e colocá-lo online?

...

 **Bárbara Nazaré** <ababaravn@gmail.com>

14/02 ★  

para mim ▾

Boa tarde, Bárbara!

Sim, pode utilizar o questionário online.

Bom resto de semana,

Cedência de instrumento de avaliação Caixa de entrada x



 **Barbara Ferreira Maia de Tavares Almeida** <29232@ufp.edu.pt>


11/02 ☆  


para ababaravn ▾

Boa tarde,

sou aluna de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e estou a realizar a minha dissertação de mestrado intitulada de "Os diferentes tipos de parto e as suas possíveis consequências na relação mãe-bebé. Venho por este meio pedir-lhe se me disponibiliza a versão portuguesa do questionário Bonding.

Com os melhores cumprimentos,
Bárbara Almeida

 **Bárbara Nazaré** <ababaravn@gmail.com>

 12/02 ☆  

para mim ▾

Bom dia, Bárbara!

Espero que se encontre bem.

Em relação ao PBQ, envio em anexo a versão final do questionário e recomendo a leitura do artigo de apoio: publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/download/623/610

Peço-lhe o favor de, quando terminar a sua dissertação, partilhar comigo os resultados do seu trabalho, cujo tema me interessa.

Se for necessária mais alguma coisa da minha parte, basta contactar.

Boa semana,

Bárbara