

3200

DM  
BRIG. I

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA


# Adaptação da Mulher ao Nascimento de um filho

Dissertação Mestrado Psicopatologia, Psicologia Clínica

Margarida Santos e Silva Brígido



2003

 Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
Centro de Documentação  
Registo: 15735  
Data: 15/4/05  
Tel: 21 621 17 50 • bibli@ispa

Dissertação de Mestrado,  
apresentada no *Mestrado de  
Psicopatologia, Psicologia Clínica*,  
sob orientação do Professor  
Doutor Eduardo Sá

# Índice

<b>Introdução</b>	1
<b>Enquadramento teórico</b>	
Maternidade enquanto período de desenvolvimento	6
<i>"Adaptação Materna"</i>	22
<i>Maternidade enquanto período de risco psicológico</i>	26
<i>Stress, Ansiedade e Depressão</i>	31
<i>Suporte Social</i>	47
<i>Auto-Eficácia</i>	59
Questão de Investigação	72
<b>Metodologia</b>	
Participantes	73
Material	75
1 <i>Questionário Demográfico</i>	76
2. <i>Escala de Depressão, Ansiedade e Stress</i>	77
3. <i>Escala de Satisfação com o Suporte Social</i>	79
4. <i>Escala de auto-eficácia</i>	79
Procedimento	85
Resultados	88
Discussão	97
<b>Referências</b>	105
<b>Anexos</b>	114

# Agradecimentos

Porque este projecto se tornou um caminho (longo...) que contou com o suporte de muitos gostaria de agradecer em especial:

- Ao Professor Eduardo Sá, pelo desafio da descoberta e reconhecimento de que o presente relatório seria possível.
- À Professora Isabel Leal, pelas nossas conversas, que me permitiram descodificar o passado, viver o presente e sonhar o futuro...
- Ao Professor Pais Ribeiro, pelo breve encontro, permitindo o uso dos instrumentos de avaliação que serviram de apoio à presente investigação.
- Ao Professor João Justo pela pronta disponibilidade para integrar a equipa do júri.
- Ao Dr. José Luís, pela preciosa ajuda no tratamento estatístico dos dados.
- À Dr.<sup>a</sup> Irma Almeida, directora do centro de saúde do Cacém, pelo apoio incondicional, tornando possível a recolha da amostra.
- Às mães, razão da investigação, que aceitaram participar de forma graciosa neste trabalho.

- Aos meus pais e irmã por sempre terem promovido o meu crescimento ...Nunca deixando que desistisse de aprender...
- Ao Carlos, à Ana e à Marta pelo apoio e sentido que têm dado ao meu Projecto de Vida...

A todos, o meu sincero Obrigada!!!

## Resumo

Apresentamos um estudo exploratório, sobre adaptação da mulher ao nascimento de um filho. O objectivo principal, foi, avaliar se existem diferenças significativas na adaptação ao nascimento de um filho, entre mães que estão a se-lo pela primeira vez (G1: N=29) e mães com um ou mais filhos (G2: N= 30).

Baseados no constructo de *Adaptação Materna*, assente em cinco variáveis psicológicas: Depressão, Ansiedade, Stress; Suporte Social e Auto-Eficácia, utilizaram-se escalas que avaliam as variáveis descritas.

Os resultados, revelam diferenças significativas entre os dois grupos analisados. As mães que já tinham filhos, revelaram uma menor satisfação com o seu suporte social (suporte social total  $Z(59) = -1,791$ ;  $p=0,073$ ) e apresentaram menor percepção de auto-eficácia ( auto-eficácia total  $Z(59) = -1,928$ ;  $P=0,054$ ; na sub-escala eficácia perante adversidade  $Z(59) = -1,920$ ;  $p= 0,055$ ). Não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de depressão, ansiedade e stress; embora, as mães com mais do que um filho tenham apresentado scores mais elevados.

Tais resultados, implicam a necessidade de alertar as equipas de Saúde Materna dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários, e incitam a uma maior investigação nesta área, dada a forte correlação

negativa, encontrada entre as variáveis de Suporte-Social , Auto-eficácia e as variáveis Depressão, Ansiedade e Stress.

## **Abstract**

In this study, is presented an exploratory study about the women's adaptation to the birth of a son. The main goal of this study is testing the existence of significant differences in adaptation to the birth of son between women who became mothers for the first time (G1: N=29) and others who have already one or more sons (G2: N= 30).

There were used scales to evaluate the following variables: depression, anxiety, stress, social support and self-effectiveness, which were based on *Maternal Adaptation* construct.

The results detect significative differences between groups. The mothers who had already sons show us a smaller degree of satisfaction with their social support (total social support  $Z(59) = -1,791$ ;  $p=0,073$ ) and they also show a smaller degree of self-effectiveness perception (total self-effectiveness  $Z(59) = -1,928$ ;  $P=0,054$ ; effectiveness in presence of adversity  $Z(59) = -1,920$ ;  $p=0,055$ ). Although mothers who had already sons had presented better

scores, there weren't find significant differences in the degrees of depression, anxiety and stress.

This outcomes show us that is necessary to alert the Maternal Health system in Primary Health Care Services and we need also more investigation on this area, because there is a negative correlation between the variables social support and self-effectiveness and the other three (depression, anxiety and stress).

## Introdução

A presente investigação tem como tema a adaptação da mulher ao nascimento de um filho.

Trabalhando a autora num Centro de Saúde, como psicóloga, intervindo na Saúde Materna, tentou aliar-se a dissertação de Mestrado e a questão central de investigação a uma situação pertinente nesta área: Adaptação da mãe ao nascimento de um filho.

Se a gravidez é uma fase de desenvolvimento de duração limitada...O nascimento de um filho, é ponto de partida para uma outra fase do ciclo de vida da mulher e do casal muito mais longa, cuja a duração é, à priori, indeterminada.

Em termos de Saúde Mental, a gravidez é um momento particular e privilegiado de intervenção, uma vez que ao nível dos serviços de cuidados primários a mulher está sujeita a um regime organizado de cuidados de saúde. No pós-parto, esta organização contempla normalmente uma consulta de *revisão de puerpério*, cerca

de 4 a 6 semanas depois do nascimento do bebé. Nesta fase, a organização de consultas, no sistema nacional de saúde torna-se mais sistemática para o bebé, avaliando os técnicos de saúde, o estado psicológico da mãe, através da percepção que vão tendo da sua interacção com o filho, nas consultas de Saúde Infantil.

Para além, das alterações hormonais estudadas, por vários investigadores, quer durante a gravidez, quer no período que se segue ao parto (rev. Figueiredo, B. 1997), diferentes autores conceptualizam a transição para a maternidade como uma fase de desenvolvimento de *crise*, uma vez que leva à adopção de novos papéis e responsabilidades, envolvendo uma significativa quantidade de stress quer para a mãe, quer para o pai, quer para a família em geral (Figueiredo, B. 2000).

Knaus e Redman (1957 in Figueiredo, B. 2000) situam este período como *crise* no desenvolvimento da família, fazendo alusão, de que os distúrbios psicopatológicos do puerpério, aparecem quando a família não consegue lidar de forma satisfatória com as modificações introduzidas pelo o nascimento de um novo elemento.

Se o nascimento de um filho tem implicações no ciclo de vida do casal, o facto de se tratar de um primeiro, segundo ou terceiro, implicará, provavelmente especificidades adaptativas, quer para a família, quer para a mulher. O objectivo deste estudo vai nesse

sentido. Particularmente, pretendemos perceber se existem diferenças significativas na adaptação ao nascimento de um filho das mães que estão a sê-lo pela primeira vez comparativamente com mães de um ou mais filhos.

Na procura da definição de Adaptação, encontramos uma complexa rede de sentidos. Morais, L. e Rosado, C. (1998), biólogos, explicam este conceito através da correlação funcional entre os seres vivos e o meio. Ou seja, uma mudança em resposta a uma condição. Desta correlação resultam características adaptativas, de ordem morfológica, fisiológica ou de comportamento, que contribuem para a sobrevivência.

No âmbito da Psicologia, este conceito aparece ligado a outros, como ajustamento, processos de individuação e interligação, processos de integração pessoal, de reciprocidade de comunhão, processos de comunicação, de aceitação e recusa, etc. (Simões, M., 1998). Neste sentido, a maioria dos estudos nesta área assenta na relação, ou seja, referem-se quase sempre à interacção, das características da mãe e do bebé.

Não ignorando a importância deste aspecto, mas porque é nossa intenção estudarmos as mães e o modo como elas sentem e se adaptam a esta nova condição de vida, decidimos adoptar o conceito de *Adaptação Materna* de Honrado e Leal (2001), apresentado como um constructo que engloba um conjunto de cinco variáveis

psicológicas, por elas consideradas bons indicadores do nível de adaptação de uma mulher à situação de nascimento de um filho: Stress, Ansiedade e Depressão; Suporte Social e Auto-Eficácia. Aqui são tidas em consideração as características de personalidade do sujeito, o seu sentimento de eficácia, bem como a percepção dos recursos externos disponíveis para fazer face a uma situação.

Este trabalho é constituído por dois momentos: O primeiro, inclui o enquadramento teórico, onde foram criados dois capítulos. Um, dedicado às tarefas de desenvolvimento associadas à gravidez e período pós-parto. O outro, explorando as variáveis do constructo utilizado.

No segundo momento, para além de descrevermos a questão de investigação, referimos a metodologia utilizada, concluindo com a discussão dos resultados obtidos.

Após revisão bibliográfica, é objectivo ao longo do presente trabalho, explorar o construto de *Adaptação Materna* de Honrado e Leal (2001), através do estudo das variáveis envolvidas, numa amostra de primíparas versus múltiparas. Ou seja, explorando se existem diferenças significativas ao nível da depressão, ansiedade e stress; suporte social e auto-eficácia entre mulheres que são mães pela primeira vez e mulheres que já tenham outros filhos.

Defendemos a pertinência do estudo, pela escassez de referências ao aspecto da paridade e aos poucos trabalhos que abordam este tema.

*Enquadramento teórico*

## ***Maternidade Enquanto Período de Desenvolvimento***

Embora os conceitos de gravidez e maternidade se encontrem muitas vezes associados, representam realidades distintas, podendo não ser coincidentes do ponto de vista psicológico. Ambos são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento. (Canavarro, M. 2001).

Se a gravidez transcende, o momento da concepção, a maternidade transcende, o momento do parto.

A gravidez é um processo bem definido temporalmente, através de 40 semanas que medeiam a concepção e o parto. A maternidade ultrapassa a gravidez. Trata-se de um projecto que se inicia antes da concepção e vai para além do momento do parto. Tal, é corroborado por Leal quando afirma que a maternidade "requer que mais do que desejar ter um filho se deseje ser mãe" (1990, p. 365).

Na perspectiva desenvolvimental, a gravidez e a maternidade são considerados período do desenvolvimento, no qual existem tarefas que carecem de resolução. É comum a descrição deste período, através da existência da "crise". Boss (1998, cit. Canavarro, M. 2001) refere-se a este momento através da associação à noção de

mudança, implicando stress, não obrigatoriamente ligada a níveis de funcionamento mais baixos.

Brazelton & Cramer (1989) defendem ser uma época "crítica" da vida dos pais e de, por esta razão, ser uma forma de adaptação dos pais a esta nova situação, no sentido de uma tentativa de compreensão do processo da gravidez.

São descritas pelos pais e mães, durante este período "emoções fortes" quer positivas, quer negativas. Aparece muito a descrição de sentimentos ambivalentes. Tal, deve-se por um lado, ao reviver de anteriores conflitos com os próprios progenitores. Esse desconforto é de carácter adaptativo, permitindo a preparação para a maternidade e possibilitando a reorganização.

Vários autores (Colman & Colman 1973 in Justo 1990; Brazelton & Cramer 1989), baseados nas reacções que acontecem na personalidade feminina ao longo da gravidez e desenvolvimento do feto, referem 3 fases no período gravídico:

*Aceitação* – Engloba o reconhecimento da notícia, quando as alterações físicas são pouco notórias. Integrar a gravidez dentro de si implica mudança de hábitos de vida, preparação de si, do seu organismo e da sua família para a chegada do novo ser. Ocorre durante o I trimestre.

*Diferenciação* – Acompanha os primeiros movimentos fetais, permitindo o início do reconhecimento da distinção do feto em relação à mãe, sem que esta o possa controlar. Ocorre durante o II trimestre.

*Separação* – Preparação para a separação, através do reconhecimento do filho como indivíduo. O feto colabora neste reconhecimento, através de movimentos, ritmos e níveis de actividades distintos. A grávida começa a antecipar o processo pelo qual se irá desligar da gravidez. Ocorre ao longo do III trimestre.

Ao longo do tempo, vários autores procuraram identificar as tarefas em causa. Através de estudos empíricos realizados ao longo da gravidez e pós-parto, permitiram reflectir seis tarefas psicológicas, apresentadas por Colman & Colman (1994) e uma sétima apresentada por Canavarro, M. (2001).

Embora seja consensual entre os autores a existência de alguma correspondência entre as dimensões de tempo cronológico e a tarefa desenvolvimental, esta não é linear. Ou seja, podem prolongar-se para além do período pré definido, ou começarem antes. Variam de mulher para mulher, salientando-se a possibilidade de sobreposição temporal das próprias tarefas.

A divisão nas várias tarefas, apenas pretende a classificação da experiência psicológica, tendo sempre presente que a sua construção é artificial (Colman & Colman 1994; Canavarro 2001). Assim:

### 1. Aceitar da gravidez

Tarefa inicial de reconhecer e aceitar a realidade da gravidez, ou seja, acreditar que está grávida. Passa, pelo reconhecimento das alterações fisiológicas, ocorridas no início e ao longo de toda a gravidez. No caso do pai esta etapa pode ocorrer mais tarde, uma vez que não têm realidade física;

Gravidez planeada ou não, o reconhecimento de que a concepção se deu, contribui para que a mulher se sinta ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez (Canavarro, C. 2001). A *ambivalência* é a atitude que caracteriza os primeiros tempos de gravidez (Brazelton & Cramer, 1993; Burroughs, 1995; Colman & Colman, 1994; Lederman, 1996; Mercer, 1996; Rubin, 1975).

Para ultrapassar este estado, contribui a confirmação definitiva do estado de gravidez (através do teste de gravidez ou pelo médico), a aceitação e apoio, por parte dos familiares mais próximos (Canavarro, 2001).

Nesta fase, a grávida procura referências nos modelos maternos conhecidos, frequentemente na sua própria mãe,

sobre os comportamentos a adoptar, como se preparar a si e à família para a chegada do novo elemento.

O processo de aceitação e integração da gravidez é fundamental para progredir na realização das tarefas posteriores.

## 2. Aceitar a realidade do feto

Consiste na tarefa de considerar a realidade própria do feto, ou seja considera-lo como uma entidade física e psicológica distinta que prepara o seu funcionamento em separado. Inicialmente a mãe pode relacionar-se com o feto como parte de si mesma. A relação estabelece-se primeiro ao nível da fantasia (Figueiredo, 2000).

Quando há uma prova de existência independente (movimentos do feto) passa a desenvolver-se uma relação de reciprocidade, contribuindo para o desenvolvimento da identidade parental, com base em movimentos de união, de separação e diferenciação. Ocorre habitualmente no 2º trimestre.

A representação do bebé vai tomando contornos mais autónomos e realistas. O processo é reforçado através dos movimentos fetais que vão surgindo, bem como os registos ecográfico, ou audição do batimento cardíaco. São integrados

os sinais emitidos pelo bebê, que testemunham a sua existência.

Para Canavarro (2001) esta fase é marco importante no processo psicológico da gravidez. Constitui ponto de partida para a diferenciação mãe-feto, pela aceitação do feto como entidade separada. Para Mercer (1999), esta representação cognitiva é importante para a ligação mãe-bebê.

Lederman (1996) refere que o estabelecimento de comunicação verbal e táctil, iniciado nesta fase é indicador externo dos processos intrapsíquicos que vão ocorrendo.

### 3. Reavaliar da relação com os pais

Tarefa de reavaliar, a relação passada e presente com os pais, no sentido de ajustar um novo equilíbrio. Existe por parte dos novos pais, uma reaproximação dos seus próprios pais, permitindo-lhes, repensar o tipo de relação, que estabeleceram com eles e aquela que pensaram querer proporcionar aos seus filhos. Para Brazelton (1989) nesta fase são reequacionados os conflitos pré-genitais e edipianos.

Genericamente, durante o 2º trimestre são descritos comportamentos (Colman & Colman, 1994) que reflectem que uma parte significativa dos processos psíquicos da mulher é ocupada pelo processo de reavaliação de relacionamento com

os seus pais, não se limitando às dimensões instrumentais de ajuda de suporte, mas também actualizando as dimensões relacionais. São reflexo disto, o aumento do número de telefonemas, a frequência de pensamentos, etc...

A resolução desta tarefa, através da integração de experiências positivas e negativas que a nova mãe teve como filha, será um bom indicador para que se sinta confortável com a sua identidade e papel materno.

Para Canavarro (2001) o repensar das relações anteriores evitará os reducionismos absolutistas de que são exemplo as frases: " Irei ser igualzinha à minha mãe, fazendo tudo o que ela fez..." ou "Irei fazer tudo ao contrário daquilo que a minha fez comigo...."; permitindo a adopção de alguns comportamentos semelhantes aos da progenitora, que para ela são adequados, e a substituição daqueles que considera desadequados. Assim, se estes aspectos não forem reflectidos ou equacionados, irão dominar padrões de relação, quer pela aceitação idealizada, quer por sentimentos de rejeição extrema. A gravidez poderá surgir como uma nova oportunidade , através de experiências concretas, para resolver ou agravar os conflitos do desenvolvimento passado.

Quer o período da gravidez, quer o nascimento efectivo da criança poderá de algum modo permitir alguma confusão entre gerações e papéis a desempenhar. Todos os membros

assumirão papéis novos (ex: avó, tio, irmão, etc.). Se no início os avós (pais dos novos pais) podem assumir um importante papel de suporte e ensino, este deverá ser transitório e não excessivo, cabendo aos novos pais, o renegociar da nova forma de equilíbrio, entre o apoio e autonomia. (Colman & Colman, 1994; Canavarro, 2001)

#### 4. Reavaliar a relação com o conjugue/companheiro

Consiste na tarefa de fazer face às novas questões que surgem no relacionamento com o companheiro, para que possam integrar o novo elemento no relacionamento do casal.

Trata-se de "reconceptualizar a díade que se está a transformar em tríade, restabelecer a relação matrimonial com vista ao preenchimento das necessidades do novo elemento, formar uma nova aliança emocional, no sentido de comunicar em torno de questões do âmbito parental e de partilhar experiências e decisões no melhor interesse da criança, o que até aqui não era necessário" (Figueiredo, 2000, p.354).

Existe reflexão sobre o papel, de cada um, no casal, as mudanças que se irão operar na sua relação e o apoio que podem proporcionar-se mutuamente .

Faz parte desta tarefa o ajustamento conjugal, de modo a criar um espaço biológico, psicológico e social, para o novo ser reforçando os laços parentais existentes.

No caso das primíparas, esta tarefa assume importância, pois o companheiro que era visto como par, passa a ser instituído do novo papel: pai do filho.

Canavarro (2001) afirma que os novos papeis e identidades não serão integrados como um somatório, ou seja acrescentados aos já existentes, mas irá implicar a integração no todo pré-existente, através da reestruturação, necessitando de reajustamentos, envolvidos na mudança.

Colman & Colman, (1994) descrevem o reajuste da relação do casal no plano afectivo, de rotina diária, como decidir sobre aspectos da vida do dia a dia.

Mercês (1999) e Figueiredo (2000) reflectem a referência do companheiro como principal fonte de suporte. Várias investigações, são consistentes quanto à diminuição da satisfação conjugal durante a gravidez e pós-parto.

Tal, traduz uma dinâmica privilegiada, oferecendo desafios de adaptação que quando ultrapassados com sucesso poderão constituir-se como momento especial do desenvolvimento pessoal, conjugal e familiar (Canavarro, 2001).

## 5. Aceitar o bebê como uma pessoa separada

Aceitar que o bebê, existe, enquanto pessoa separada, e reivindicar as suas necessidades. Quando se aproxima o final da gravidez e o nascimento, existe necessidade de aceitação do bebê como ser separado. Será necessário reconhecer que o bebê tem solicitações próprias, que deverão ser atendidas. Com o parto, a mulher tem que desligar-se da gravidez, dando início a um novo investimento: o bebê tornado real.

O último período de gestação é considerado como preparação para a separação. O que irá ser caracterizado com o parto. Mercer (1996) refere-se a este período através do aumento de ansiedade, pela antecipação do parto e tudo o que este implica. No caso das primíparas trata-se de um acontecimento desconhecido, no caso das múltiparas é descrito como um acontecimento não totalmente controlável e fisicamente desconfortável. Para ambas será a altura onde se dá o confronto com o verdadeiro bebê. (Canavarro, 2001).

Nesta fase é comum o reaparecimento do sentimento de ambivalência (Colman & Colman, 1994; Mercer 1996 e Canavarro 2001). Por um lado, a referida vontade de ver o bebê e terminar o período da gravidez, por outro o desejo de a prolongar, adiando o momento do parto e as novas exigências.

Aceitar o bebé como uma pessoa separada, será aceitar que, embora a existência do bebé possa ser gratificante, ela existe para além da mãe e que deverá ser percebida como pessoa separada, com características e necessidades próprias. Tal, passará pela protecção em determinadas fases e noutras provendo a autonomia. A mãe terá que actuar num espaço em que as regras irão sendo alteradas, mediante o desenvolvimento do bebé.

Assim, como é descrito por Colman & Colman ser mãe "é uma acomodação contínua entre expectativas e realidades" (1994, p.178 cit. in Canavarro 2001).

## 6. Integrar a identidade parental

Integrar na sua identidade o papel, função e significado de ser mãe (Rubin 1984, 1992, cit. Canavarro 2001)

Esta tarefa sintetiza as anteriores. Reflecte a dinâmica entre o papel da mãe protectora e a possibilidade de esta permitir autonomia do filho, criando espaço para si mesma.

Canavarro (2001) refere-se a este momento como propício para equacionar perdas e ganhos que a maternidade introduz, através da aceitação das mudanças que estarão subjacentes a este novo estádio.

A gestão dos investimentos profissionais, a mudança brusca de papéis. O confronto com as exigências sociais, poderão causar dúvidas e ambivalência na mãe, que no imediato poderão causar emoções disruptivas e de mau estar, mas ultrapassada a crise deixará competências para lidar com situações adversas. (Colman & Colman, 1994).

Ao longo deste período, haverá a necessidade de a mulher se adaptar a mudanças físicas demasiado rápidas e mudanças internas que se estendem ao outro membro do casal, traduzindo-se em comportamentos e actividades.

Belsky, Rovine Fisch (cit Figueiredo, 2000) referiam não só a necessidade de reorganização que se opera ao nível do próprio, em termos do seu auto-conceito, estilo de vida e relação com os outros, como naquilo que diz respeito ao casal e à relação deste com os outros membros da família.

Justo (1990) considera importantíssima a modificação na "identidade psicológica" da mulher grávida . O autor sublinha a ideia de Biring (1969) de que do mesmo modo que "depois da menopausa não se pode procriar, uma vez mãe não se pode voltar a estar delimitada em si própria" (in Justo 1990, pg. 372)

## 7. Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho (s)

Canavarro, M. (2001) integra esta tarefa para as mulheres múltiparas. Segundo a autora, uma mulher que espera um segundo, terceiro ou mais, filho, tem uma família mais complexa do ponto de vista relacional. A tarefa de assumir a identidade materna, de modo a incluir uma nova criança, torna-se mais exigente.

Apesar das experiências anteriores lhe darem algumas competências para lidar com o recém-nascido, diluindo alguma ansiedade característica das situações desconhecidas e aumentando a eficácia, através da experiência aprendida na execução das tarefas do dia-a-dia; as mulheres múltiparas têm menos tempo do que as mulheres que são mães pela primeira vez.

Lederman (1997), refere três temas básicos como principais preocupações das mulheres grávidas de um segundo filho: A capacidade física para cuidar em simultâneo de duas crianças; a antecipação da reacção do primeiro filho em relação ao nascimento do irmão; a capacidade para amar de igual modo as duas crianças.

Torna-se importante que a múltipara integre a ideia de mais um filho, como uma pessoa separada, com características diferentes dos outros, não o integrando assim, na identidade dos filhos anteriores. Por outro lado, é importante que se ajude o(s) outro(s) filho(s) a preparar(em)-se para a chegada do irmão, através da antecipação de situações, reforçando o papel de cada um na família (Mercer, 1996 cit. in Canavarro, 2001).

Em síntese, as tarefas descritas, poderão ser apresentadas num esquema proposto por Canavarro (2001), onde se sublinha a artificialidade da divisão, mas permite visualizar a experiência ao longo do ano de gestação e puerpério.

As tarefas sobrepõem-se, misturando-se umas com as outras quando superadas nas vidas das pessoas.

Aqueles pais e mães capazes de explorar o significado de cada uma das tarefas psicológicas poderão encontrar melhores respostas para os problemas pessoais que este período envolve, permitindo-lhes lidar de modo mais eficaz com os novos papéis que irão assumindo (Colman & Colman, 1994).

		<i>Tarefas de Desenvolvimento</i>	
<b>Gravidez</b>	1º trimestre	Tarefa 1 : Aceitar a gravidez	Reavaliar e reestruturar
	2º trimestre	Tarefa 2 : Aceitar a realidade do feto	Tarefa 3:... a relação com os pais
	3º trimestre	Tarefa 5: Aceitar o bebê como pessoa separada	Tarefa 4:...a relação com o conjugue/ companheiro  Tarefa 6:... a sua própria identidade (para incorporar a identidade materna)
<b>Puerpério</b> (aproximadamente 6 semanas)			Tarefa 7:... a relação com o(s) outro(s) filho(s)

Figura 1 – “Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério” (Canavarro, 2001 p. 38)

Percebemos, reflectindo as tarefas propostas e de acordo com Justo (1990) que paralelamente ao desenvolvimento psicológico característico da gravidez, ocorrem modificações importantes na vida da mulher, e na sua relação conjugal. Podemos sublinhar mudanças estudadas, como as alimentares, que trazem associadas, por vezes o aparecimento de crises de vômitos e náuseas matinais (maior intensidade no 1º trimestre, tendem a desaparecer no 2º e 3º trimestre). Para Chertock (1963) estas crises estão relacionadas com

ambivalência da futura mãe face à criança e à maternidade. Outras mudanças referidas, são os sonhos , cujo o material estará sujeito a modificações correspondentes ao simbolismo da gravidez, da maternidade e trabalho de parto (Delcros &Widlocher 1977, in Justo 1990). No que diz respeito ao relacionamento sexual do casal, Justo (1990) refere alteração importante traduzida na redução das relações sexuais no 1º trimestre, associada à fantasia de que o relacionamento sexual pode danificar o feto; aumento durante o 2º trimestre, coincidente com a constatação de que o feto tem vida independente e nova redução no 3º trimestre, associada ao desconforto provocado pelo volume do feto.

Embora não se tenham encontrado estudos sobre as tarefas de desenvolvimento, o modo como estas se processam nas primíparas ou naquelas que já foram mães, faz sentido fazer referência a um estudos citados por Figueiredo, B. (2000).

Ammaniti, Baugmgartner, Conderali, Poruchini, Pole et al (1992) numa amostra de 23 mulheres primíparas, exploram o conteúdo das representações maternas e a estruturação ao longo da gravidez. Constataram que ao 7º mês de gravidez, a maioria das mães já tinha uma representação distinta do bebé, diferente daquela que fazia de si mesma, aceitando-o como realidade separada. De

igual forma, verificaram que a percepção que as mães faziam dos seus bebês tinham bastantes semelhanças com o pai do bebê. Na maioria das mães que participaram na investigação, tinha até aquela data, reavaliado a sua relação com a própria mãe e conseguindo representação de si enquanto mãe distinta daquela que fazia da própria mãe.

### *“Adaptação Materna”*

Após o parto, surge um período que desperta na mãe uma constelação de emoções, pois tornam-se possíveis as fantasias surgidas durante a gravidez. O bebê imaginado torna-se real, solicitando a atenção e cuidado dos pais, que se vêem obrigados a ajustar as suas rotinas. Neste tempo, os pais vão ter que realizar uma série de adaptações e ajustamentos à nova situação.

Vários autores têm conceptualizado a transição para a maternidade como uma fase de desenvolvimental de crise, uma vez

que requer adaptação a novos papéis e responsabilidades no que diz respeito aos cuidados do bebê.

Se por um lado, os períodos de crise podem ser entendidas como momentos de excelência para o desenvolvimento pessoal (ver capítulo anterior), por outro constituirão alturas de risco para aquisição de novas vulnerabilidades e descompensação.

O nascimento de um filho, em particular o nascimento do primeiro filho, pode segundo Figueiredo, constituir um momento difícil na vida da mulher, uma vez que implica o tomar de decisões importantes no que respeita a ela própria e às suas relações com os outros e com o contexto social em geral. Kendell (1978, cit. in Figueiredo 2000) refere-se a esta dificuldade, pelo compromisso, da mulher, com novas tarefas, para as quais poderá não estar totalmente preparada. Em vários autores, este acontecimento envolve um significativo stress, para a mãe (Bersisted, 1986; Bibring, 1959; Grossman; Eichlan & Winickoff, 1980; Gruen, 1990, in Figueiredo 2000) para o pai (Jordan, 1990 in Figueiredo 2000), e para a família em geral (Belsky, Rovina & Fish, 1989; Osofsky, 1982 in Figueiredo 2000).

Bibring (1958) foi um dos primeiros autores a considerar, a maternidade, como um momento de crise, no processo normal do desenvolvimento do indivíduo implicando a constituição de uma nova

organização intra-psíquica (Figueiredo, 1997, 2000). Dando continuidade a essa ideia, Gruen (1990) justifica-se salientando três aspectos:

- ✓ num curto espaço de tempo o indivíduo fica sujeito a um conjunto de mudanças significativas no seu equilíbrio biológico, psicológico e social;
- ✓ as mudanças dizem respeito principalmente, aos papéis sociais, aos padrões existenciais e às relações interpessoais, as quais o sujeito terá que renegociar consigo e com os outros;
- ✓ estas mudanças interferem na identidade do próprio, de tal forma que pode gerar sentimentos de perda ou confusão. (Figueiredo,1997; 2000) .

Concordamos com Caplan (1964), quando refere que os momentos de crise ou períodos transaccionais, podem ser entendidos como momentos de oportunidade para a resolução de problemas desenvolvimentais do indivíduo. Alguns autores (Figueiredo, 2000), referem a transição para a maternidade como um momento privilegiado para o desenvolvimento do papel da identidade da mulher. A propósito Hales (1990 cit. in Figueiredo 2000) realizou um estudo como uma grande amostra de mulheres, durante a gravidez e

puerpério, tendo observado mudanças significativas na definição do papel e da identidade sexual da mulher ao longo desse período.

Na literatura o conceito de Adaptação Materna é com regularidade associado ao ajustamento da mãe às características do bebé, remetendo para a relação estabelecida entre a díade (para uma revisão cf. Honrado, A. 2001), outra interpretação possível será o modo como a mulher reage e se sente na sua nova condição.

Desenvolvendo esta segunda ideia, Honrado refere-se a *Adaptação Materna* como um construto, cujo o acesso à mensurabilidade poderá ser feito em função de "variáveis psicológicas reconhecidamente presentes nos processos adaptativos à maternidade" (2001, p.29).

Assim, foram escolhidos por Honrado e Leal (2001) como bons indicadores a trilogia depressão, ansiedade e stress; suporte social e auto-eficácia, para definir *Adaptação Materna*. Todas estas dimensões se interligam, acabando a adaptação à maternidade por traduzir a capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais descritas, perspectivando-se a capacidade de cuidar e educar uma criança, bem como o desenvolvimento pessoal. Este constructo, dá importância a factores ligados à vulnerabilidade psicológica e crença das suas

capacidades, bem como ao modo como ela se sente apoiada ou não, pelo próprio contexto.

### *Maternidade Enquanto Período de Risco Psicológico*

Entre investigadores e clínicos, interessados no estudo da gravidez e pós-parto, uma das questões mais pertinentes, que se tem mantido em aberto, é de se saber se a maternidade constitui, em si, um risco para o estado da saúde mental da mulher. (Figueiredo, 2000).

A maior parte dos autores concorda no que concerne à ideia de que a maternidade é uma condição propícia ao aparecimento de perturbações psicopatológicas, no entanto, não são unânimes nas razões pelas quais tal acontece. Para Figueiredo (2000), o maior entendimento reúne-se em torno do primeiro aspecto, dos abaixo descritos:

1. "A maternidade é fonte de alterações físicas significativas, nomeadamente de natureza hormonal, susceptíveis de determinar desequilíbrios psicológicos importantes.
2. A maternidade pode precipitar perturbações psicológicas em mulheres com vulnerabilidade prévia para a doença mental.

3. A maternidade é propícia a distúrbios psicológicos, em mulheres com problemas relativos à vida sexual reprodutiva.
4. A maternidade é um momento, de crise, no desenvolvimento do indivíduo, em que se actualizam ou resolvem dificuldades desenvolvimentais passadas e actuais." (Figueiredo, 2000; p.369-370).

Para algumas mulheres, a transição para a maternidade, pode ser acompanhada de perturbação psicológica, de vários tipos. Ou seja, por vezes as mães apresentam comportamentos, pensamentos e emoções fora dos parâmetros, reconhecidos, por elas como normais. Kumar (1982, cit Figueiredo 1997), faz alusão a alguns estudos empíricos que indicam que um número importante de mulheres experiência perturbações psicológicas (neste período) susceptíveis de serem alvo de diagnóstico e merecedoras de atenção particular dos clínicos e investigadores.

Embora se considere, desde algum tempo, esta problemática, alvo da curiosidade dos investigadores, só nos anos 60-70 foram publicados trabalhos epidemiológicos, que visando testar a hipótese generalizada do pós-parto ser, ao contrário da gravidez, uma circunstância de risco para o bem-estar psicológico da mulher. (Figueiredo, 1997, 2000).

A maioria destes estudos (rev. Figueiredo, B. 1997; 2000) tinha como base registos de admissões em hospital por qualquer diagnóstico de distúrbio psicopatológico. Tal, justifica que a maioria dos casos detectados se reportem a psicoses puerperais; uma vez que as puérperas com depressão pós-parto recorrem menos à ajuda hospitalar. Nestas situações foram indicados como factores de risco: idade, paridade, prematuridade e baixo peso à nascença, histórias psiquiátricas e antecedentes familiares, comportamento socio-emocional inadequado. (Figueiredo, B. 2000). Kendell e os seus colaboradores (1976, 1981, cit Figueiredo 2000) alertam que nas perturbações neuróticas, os factores de risco seriam mais relacionados com circunstâncias psicológicas e sociais da mulher, com ausência de suporte social e serem mães pela primeira vez.

Embora a maioria dos estudos, (rev. Figueiredo 1994) sugiram que comparativamente com o pós parto, a gravidez é um tempo de bem-estar e ajustamento psicológico, existem autores que referem a presença de sintomatologia depressiva ou outra, de forma ligeira ou moderada, durante a gravidez.

Afonso, E (1997), numa investigação sobre as dificuldades da mulher no puerpério, concentra-as em três grandes grupos:

Dificuldades associadas à fisiologia: relacionada com alterações físicas e fisiológicas decorrentes da gravidez e do parto. O seu impacto será variável de mulher para mulher, sendo expresso através da alusão à "dor" ao "desconforto". Estas queixas

podem ser a vários níveis, nomeadamente a nível abdominal; na região mamária e nos mamilos; a nível muscular e articular (principalmente membros superiores e região dorso-lombar); dores e desconforto relacionado com eliminação intestinal). Estas queixas poderão interferir no aparecimento ou no acentuar de outras dificuldades, como por exemplo fadiga e auto-cuidado.

Dificuldades relacionadas com os cuidados do filho: Poderão ser divididas em três áreas: dificuldades relacionadas com a identificação das necessidades da criança; dificuldades com a sua alimentação e dificuldades relacionadas com os seus cuidados de higiene e conforto (Brazelton, 1989, 1995; Levobici, 1987; Reeder, Martin & Koniak, 1995; Ferreira 1996). Geralmente estas dificuldades são mais acentuadas com o nascimento do primeiro filho, pois na sociedade actual, é nessa altura que a mulher vive normalmente a primeira experiência de relação com uma criança totalmente dependente de si.

Dificuldades psicossociais: Podem ser de vários níveis e de várias intensidades, nomeadamente : perturbações psicológicas (sendo as mais frequentes os blues e a depressão pós-parto); fadiga; (in)disponibilidade para o auto-cuidado; e dificuldades

nas relações familiares, nomeadamente na relação com as famílias de origem do casal.

Numa perspectiva desenvolvimental, há autores (Brazelton e Cramer, 1989, 1993, cit Figueiredo 2000) que referem o impacto do bebé no dia a dia dos pais e da família, implicando o início de novas responsabilidades, tendo que considerar as necessidades do outro, levando a abdicar dos seus próprios interesses. A alteração dos papéis, estatuto, de que se destaca autonomia simbólica dos novos pais em relação à família de origem, disponibilizando-os para investirem numa nova relação afectiva.

Actualmente, sabe-se que a depressão, ansiedade e stress são perturbações psicológicas que podem acontecer em função das dificuldades de ajustamento da mulher ao nascimento de uma criança, um acontecimento de vida que exige da sua parte grande esforço de adaptação. Estas perturbações estão geralmente associadas, embora se possam encontrar diferenças entre elas.

Se em relação à depressão existem alguns estudos, embora com resultados que demonstram controvérsia entre os investigadores (rev. Figueiredo, 1997; 2000); em relação à ansiedade, os estudos debruçam-se mais sobre a gravidez, estando no pós-parto, muito associado à depressão. Assim:

## *Stress, Ansiedade e Depressão*

O termo *stress* provém de um verbo latino que tem com significado apertar, comprimir, restringir. A partir do séc. XIX o conceito alargou-se passando a significar "as pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana" (Vaz Serra, A. 2002, p13). O stress traduz a relação que se estabelece entre a "carga" sentida pelo sujeito e a resposta psicofisiológica que, perante a mesma, o indivíduo desencadeia (Lazarus, 1993,1999, cit. in Vaz Serra 2002).

Embora se desenvolva um estado de tensão, face a determinado acontecimento, pela dimensão avaliativa e de resolução, o sujeito tenderá a interagir com o meio ambiente, numa relação recíproca, determinando as consequências e a evolução da resposta.

Glue, Nutt e Couplan (1993 in Vaz Serra 2002) defendem que não há circunstâncias de stress específicas na sua relação com o aparecimento de determinado tipo de sintomas. Ou seja, em relação ao stress poderão ocorrer manifestações que vão desde sintomas de natureza depressiva ou ansiosa até alterações de comportamento ou alucinações. Vaz Serra (2002) diz ser hoje aceite o aparecimento da patologia se deve à vulnerabilidade dos sujeito, sendo o stress provocado por qualquer acontecimento, apenas factor precipitante.

Se consideramos a maternidade, como um período de crise, é natural que surjam emoções, vulgarmente chamadas de stress, expressando o estado emocional e físico em que a mulher se encontra.

Ribeiro, L. (1998) refere-se aos acontecimentos como podendo constituir factores de stress, desde que sejam apreciados pelo indivíduo como tal. Isso significa, que a avaliação que o sujeito faz da situação é determinante para este, a considerar como um acontecimento stressor ou não. Uma pessoa está em stress quando sente que o grau de exigência que dada circunstância lhe cria é superior à sua capacidade de resposta. (Lazarus, 1984; Cit in Vaz Serra 2002). Neste sentido, o nascimento de um filho poderá ser, uma experiência desencadeadora de stress.

A *ansiedade* pode ser descrita como uma "emoção complexa, desagradável e difusa, com repercussões psíquicas ou orgânicas na pessoa que a experiência" (Silva, 1996 cit. Honrado, 2001, p.32), tem muitas vezes uma função adaptativa e protectora, na medida em que permite aos novos desafios, mantendo o seu equilíbrio.

Para Brazelton (1981) durante a gravidez o aumento de ansiedade é considerado como factor protector, permitindo um novo equilíbrio psicológico, através dos medos pré-natais, das distorções e

fantasias à cerca da maternidade, funcionando como uma reacção de alarme, que contribui para a organização da mulher face ao seu novo papel.

De acordo com Gomes Pedro (1992), as grávidas estão quase sempre ansiosas e tensas, dependendo este estado de uma constelação de influências cuja a modelação é , segundo o autor, quase sempre pessoal.

Figueiredo e seus colaboradores (1983) realizaram um estudo em que são foram encontradas diferenças significativas de ansiedade ao longo dos meses de gravidez, mas um aumento em relação ao grupo de controle considerado: mulheres não grávidas. No entanto, outros estudos encontraram valores de ansiedade e depressão no primeiro e terceiro trimestres, reconhecendo um pico elevado no segundo e nono mês de gestação.( Singh & Saxena, 1991; Rofe, Blinttner & Lewin, 1993 cit in Honrado, 2001). Através de estudos longitudinais é corroborada a ideia de maior ansiedade no final da gravidez.

O período de gestação foi considerado por muitos pais como uma experiência geradora de stress nas suas vidas . Pagel, Smilkstein, Regen e Montano (1990; cit. Honrado 2001) realizaram um estudo, envolvendo 100 grávidas, onde lhes pediram que preenchessem vários questionários, onde avaliavam o apoio social, os acontecimentos de vida e a ansiedade. Igualmente, recolheram dados

referentes aos factores biomédicos e risco na gravidez, estilo de vida e informação demográfica. Estas variáveis, recolhidas durante a gravidez, foram posteriormente relacionadas com variáveis como o peso à nascença e a informação obtida através do índice de Apgar. A análise dos resultados indicou que o nível de *stress* contribuía para diferenças significativas no peso dos recém-nascidos e que o apoio social e a ansiedade estavam relacionados com a informação dada pelo índice de Apgar.

Do mesmo modo, Omer et al. (1996; cit. Honrado 2001), referem a existência de uma relação significativa entre scores de ansiedade e o parto prematuro e contracções prematuras com o parto de termo. Outros autores, estabelecem uma relação, entre stress pré natal e prematuridade e baixo peso à nascença (Levin e DeFrank, 1988; Lobel, Schetter e Scrimshaw, 1992; in McIntyre et al 1995).

Assim, grande número de trabalhos sugere que a ansiedade, na gravidez, tende a exercer uma influência adversa sobre o curso do processo reprodutivo, surgindo associada ao aumento das dificuldades obstétricas durante o parto (e.g. Barnett&Parker, 1986; Field Sandberg e tal., 1985; Kalil, 1987) ou aumento do risco de os bebés nascerem mais leves e com menos tempo de gestação (Molfese, Bricker e tal., 1987; Newton, Webster e tal., 1979; Omer, Elizur e tal., 1986; Rizzardo, Magni e tal., 1988; Schneider, 1992). A elevada presença desta perturbação psicológica tem também sido

responsabilizada pelo aumento de mortalidade e morbidade do bebé e mãe, o que estaria em relação com o prolongamento e grande variabilidade do trabalho de parto (Mcintyre, Carvalho & Milharzes, 1995).

Precipitadas pela aproximação do parto, as manifestações ansiosas tendem a assumir, na sua vertente cognitiva, a forma de receios ou temores, essencialmente em medos, persistentes relativos à criança (perda do bebe, aparecimento de uma malformação, morte). Inquietações sentidas pela mulher grávida, assinalam um estágio avançado da estruturação dos esquemas afectivo-emocionais, que regulam o investimento materno e desempenham um papel importante no processo de ligação mãe-filho.

Durante grande parte da gestação, a mulher elabora a ideia do seu filho. Nesta elaboração fantasiosa, a imagem da criança, uma verdadeira projecção do ideal materno, torna-se alguém dotado de todas as virtudes e talentos. Apesar desta representação do filho imaginário, ser importante, pois ajuda a futura mãe a valorar afectivamente o objecto gerado, é fundamental para que seja capaz de manter, até ao fim da gestação, um distanciamento mínimo em relação às suas idealizações. Precisamente neste contexto que os medos, activados, pela proximidade do parto revelam, potencialmente, o seu carácter adaptativo. Confrontam a grávida com a perspectiva de morte ou deficiência irreversível do filho, favorecem um trabalho de reequilíbrio interno que a descentra das percepções

criadas pela fantasia. Resultado, a normalidade da criança que vai nascer, transforma-se, cada vez mais, no objecto quase exclusivo da consciência deliberativa da gestante, substituindo-se progressivamente às aspirações baseadas no conteúdo megalómano de muitas fantasias maternas. Esta mudança permite que o parto possa ocorrer, sem o confronto, repentino, do bebé real com as expectativas idealizadas que foram preenchendo, o imaginário da grávida, durante algum tempo” (Lopes dos Santos 1993)

Soifer (1986) considera que é possível identificar três fases específicas da ansiedade, consoante os três trimestres da gravidez: No primeiro trimestre, a incerteza sobre a realidade da gravidez constitui a primeira fonte de ansiedade sentida pela mulher e é expressa pelo conflito de ambivalência entre o querer ou não aquela criança. A ansiedade presente é igualmente resultado do desconforto físico muitas vezes sentido, que para alguns autores são fruto de um sentimento de rejeição face a gravidez.

No segundo trimestre, com o aparecimento dos primeiros movimentos fetais e das alterações corporais, que começam a ser visíveis, surgem fantasias maternas que se constituem como as principais ansiedades deste período, na medida em que podem provocar receios como o filho mal formado, o medo da morte no parto ou a angústia do próprio corpo disforme.

Seguidamente, com a entrada no terceiro trimestre a mulher prepara-se para a separação que vai ocorrer no parto. Nesta fase, também estão presentes sentimentos de ambivalência entre a vontade de ter o filho e adiar a maternidade. A presença de sentimentos contraditórios gera inevitavelmente ansiedade. Esta também surge como resposta a toda a transmissão cultural onde o parto é visto como algo carregado de muita dor e sofrimento, activando várias fantasias na mulher como a dor, morte, castração.

É durante este trimestre que se pode dar a inversão interna que coloca a criança voltada de cabeça para baixo. A percepção destes movimentos pode produzir uma intensa crise de ansiedade, que se processa a nível inconsciente e que se traduz de diferentes formas, tanto a nível psíquico, como somático. Se a crise de ansiedade for muito intensa, os músculos pélvicos podem contrair-se de tal forma que não permitem a inversão normal. Geralmente, esta crise de ansiedade corresponde a fantasias de esvaziamento (Rato, 1998). Quando a gravidez se aproxima do fim, podem surgir novas crises de ansiedade o que é expresso pelo medo na dor no parto, medo da morte, medo do filho disforme ou morte deste.

No pós parto, a ansiedade, aparece quase sempre associada ao estado depressivo.

Rato (1998) refere-se ao período do pós-parto como um momento intenso, que para as primíparas será desconhecido e

imprevisível. O nascimento do filho, produz na mulher um processo de reconhecimento que desperta ansiedades, delimitando as fantasias surgidas na gravidez sobre a realidade presente. São referidas pelo autor, as ansiedades cujo tema gira à volta do útero e do seu volume normal e o início da lactação. A perda de sangue, com origem na remoção do endométrio, irá reactivar ansiedades relacionadas com a menstruação e o medo da integridade do órgão.

Por outro lado, a lactação constitui outra dos motivos de causa de ansiedade. Esta, não sabe se tem leite ou não, e se conseqüentemente, poderá amamentar o seu bebé. Pelo facto da lactação ser influenciada pelas emoções através de mecanismos psicossomáticos, sentimentos como calma, confiança e tranquilidade vão favorecer o bom aleitamento, enquanto que a ansiedade, medo, fadiga ou depressão podem representar o seu fracasso. (Honrado, 2001)

Para Santos (1993), a incidência de comportamentos afectuosos e a quantidade de tempo gasto pelas mães a olharem os filhos, variam em função dos valores da ansiedade materna, ao longo da gravidez. Para o autor, a presença de reacções ansiosas poderá vir a contribuir par uma dinâmica saudável, facilitando o estabelecimento da relação mãe-filho. Em contraponto, são referidas algumas conseqüências de comportamento da ansiedade excessiva ao longo da gravidez. Grávidas muito ansiosas, para além de reportarem

menos apoio social, fazem mais interpretações negativas acerca da gravidez, apresentando maiores níveis de complicações no parto, apresentando maiores índices de depressão pós-parto. (Barnett & Gordon, 1986 in Honrado 2001).

Figueiredo e seus colaboradores (1983) realizaram um estudo em que não foram encontradas diferenças significativas de ansiedade ao longo dos meses de gravidez, mas um aumento em relação ao grupo de controle considerado: mulheres não grávidas. No entanto, outros estudos encontraram valores de ansiedade e depressão no primeiro e terceiro trimestres, reconhecendo um pico elevado no segundo e nono mês de gestação. (Singh & Saxena, 1991; Rofe, Blinttner & Lewin, 1993 cit in Honrado, 2001). Através de estudos longitudinais é corroborada a ideia de maior ansiedade no final da gravidez. (Lopes dos Santos 1993 )

Num olhar desenvolvimentista as perturbações psicopatológicas, nomeadamente a depressão pós-parto, poderá ser entendida como uma dificuldade de a mulher se adaptar às mudanças desenvolvimentais da maternidade através da realização das tarefas referidas no capítulo anterior.

Whiffen (1992, cit Figueiredo 2000) sublinha que a depressão pós-parto pode surgir no ajustamento da mulher ao acontecimento de vida importante: nascimento de um filho. Tal situação, requer a

utilização de grandes esforços de adaptação a um conjunto de tarefas, implicando um novo papel, através de mudanças significativas na relação com o companheiro.

Se considerarmos o estado depressivo após o nascimento de um filho, pelas muitas mudanças, que este acontecimento de vida implica, poderemos considerar este estado não como estado patológico, mas como um estado reactivo traduzindo a adaptação às múltiplas alterações. Para caracterizar esta situação a literatura faz referência ao conceito de Blues pós-parto definindo-o como uma forma breve e moderada de perturbação de humor, que surge em estreita relação temporal com o parto, ocorrendo em cerca de 50 a 70% das puérperas, em sequência das alterações hormonais decorrentes do nascimento e aleitamento do bebé, tendo essencialmente um carácter transitório e benigno. (Figueiredo, 1994, 1997, 2000). Embora possa apresentar uma sintomatologia intensa através de: humor depressivo, acompanhado de choro, exaltação, dores de cabeça, confusão, esquecimento, irritabilidade, despersonalização, sentimentos negativos em relação ao bebé e insónia (Stein, 1982 cit. Figueiredo 1994), não deve ser confundida com a depressão pós parto. Isto porque, enquanto o blues ocorre na primeira semana depois do parto, geralmente no 3º ou 4º dia, raramente se mantém por mais de um, dois, três dias; o que não acontece na depressão (Handley, Dunn, Waldron & Baker, 1980; Pitt, 1973; cit in Figueiredo 2001).

O'Hara (1987) define a depressão pós-parto como uma perturbação do humor que se desenvolve na sequência do parto; pode ser identificada pela presença de um episódio depressivo major que surge na total ausência de sintomatologia psicótica e se estabelece em estreita relação temporal e temática com o nascimento do bebé. Aproximadamente 10 a 15% das mulheres experienciam uma depressão clínica após o nascimento do seu filho. Cooper et al. (1988 cit. Figueiredo 1994) concluíram que, mais de metade dos casos identificados com depressão pós-parto, os sintomas apareciam nos três primeiros meses após o parto e que em apenas um quarto das mulheres, os sintomas apareceram depois do 6º mês.

Os sintomas depressivos tendem a ser mais intensos quando se verifica uma grande quebra das expectativas da mãe em relação ao bebé e em relação a si própria enquanto boa cuidadora. Muitas vezes são relatados sentimentos de desânimo e desapontamento, que podem gerar na mãe sentimentos de incapacidade para fazer face ao problema, dando lugar à decepção consigo mesma. Maldonado (1997) chama atenção para esta incapacidade de assumir a função materna, referindo-se a aspectos regressivos de identificação com o bebé. A mãe, solicita para si, cuidados e atenção, mobilizando a preocupação dos familiares.

O prognóstico é bastante favorável, pois a reconversão dos sintomas parece operar-se com relativa rapidez (Cox et al. 1982;

Kumar & Robson, 1984; Watson et al., 1984 in Figueiredo 1994). Embora os investigadores desta matéria não sejam unânimes quanto à semelhança deste diagnóstico e da depressão major, é reflectida uma baixa ocorrência de ideação suicida e de comportamento suicida junto das mulheres com depressão pós-parto (e.g., Appley, 1996; Pitt, 1968 in Figueiredo 2001).

Na origem da depressão pós-parto, parece haver um conjunto de factores de origem biológica, social e psicológica, sendo que vários autores têm dado especial ênfase aos dois últimos.

No que concerne aos factores biológicos, alguns estudos revelam que as mulheres que passam por complicações médicas durante a gravidez e parto, apresentam risco acrescido de desenvolvimento de perturbação (Campbell & Conh, 1991; Emms & Fletcher, 1981; Stein, Cooper, Cambell, Day & Althaw, in Figueiredo 1994). Em relação aos factores sociais, verificou-se que determinados acontecimentos de vida sentidos como adversos, foram positivamente associados com a depressão pós-parto (O'Hara, Rehm & Campbel, 1983; Paykel et al. 1980, in Figueiredo 1994). Os factores psicológicos, são geralmente associados à história psiquiátrica prévia, as dificuldades vivências durante a gravidez e a presença de Blues pós-parto (Figueiredo, 1994). São, igualmente, referidas como associadas as dificuldades de relacionamento, com a família, bem como as dificuldades decorridas do relacionamento com o bebé.

Cutrona e Trutman (1986 cit. Figueiredo, B. 1994) apresentam um modelo explicativo para a depressão pós-parto, no qual as dificuldades temperamentais do bebé são consideradas como um factor de stress e as relações interpessoais (suporte social) como um recurso protector para as mães. Os autores verificam que ambos os factores afectam a mãe através de uma variável cognitiva, considerada por eles, como mediadora, que é a percepção de auto-eficácia no desempenho do papel de mãe. Assim, defendem os autores que face a um bebé com dificuldades temperamentais, a mãe poderá desenvolver uma depressão pós-parto, caso não tenha um suporte social eficaz.

Hoffman e Drotar (1991, cit. Honrado 2001) realizaram um estudo com mães deprimidas e mães não deprimidas. Verificaram que as mães deprimidas apresentaram valores mais baixos de interacção positiva, envolvimento afectivo e sensibilidade de reacção com os seus filhos, comparativamente com o grupo de mães não deprimidas. Os filhos das mães deprimidas, revelaram também, menor grau de afecto positivo e expressão emocional, espelhando o estilo de interacção das mães. Apesar destes resultados, contrariando as hipóteses iniciais dos investigadores, o nível de actividade dos bebés não variou em função da depressão materna. Assim, estando presente uma depressão pós-parto, esta pode ter consequências negativas no desenvolvimento de uma relação precoce mãe-bebé

(consequências imediatas) e ter consequências prejudiciais no desenvolvimento da criança (consequências a longo termo).

Alguns investigadores têm vindo a debruçar-se sobre a interacção que mães com depressão pós-parto estabelecem com os seus bebés. De modo geral, os diversos estudos revelam que as mães deprimidas apresentam uma maior incidência de dificuldades de relacionamento com as suas crianças, comparativamente com as mães não deprimidas (Billings & Moos, 1983; Holahan & Moos, 1987; Weissman e tal, 1984, 1987). Pelo facto de existirem dúvidas quanto aos resultados das investigações relacionadas com a avaliação de ajustamento dos pais à criança, foram desenvolvidos estudos onde as crianças foram observadas directamente. As investigações realizadas neste contexto, demonstraram de modo consistente uma elevada incidência de distúrbios afectivos nas crianças de pais com depressão (Klein, Depus & Krauss, 1986; 1987; Hammen e tal, 1987 in Honrado 2001).

Figueiredo, B. (1994) refere que vários estudos demonstram que a mãe deprimida exibe um menor número de expressões faciais de afecto positivo (Field, 1984; Field et al., 1985; Livingood, Dean, Smith, 1983; Sameroff et al., 1982) e um maior número de expressões faciais de aspecto negativo (Cahn, Campbell, Matias & Hopkins, 1990; Field, 1984; Lyons-Ruth, Zoll, Connell & Grunebaum, 1986). A mãe deprimida vocaliza menos, mais lentamente e não produz inflexões tão exageradas na voz (Bettes, 1988) e não altera

tanto as características do seu discurso em função do bebé como acontece habitualmente (Murray 1988). A mãe oferece igualmente menos comportamentos de contacto corporal com o bebé e passa menos tempo a olhar e contemplar o bebé.

Tal como seria se esperar, quando a mãe está deprimida, o bebé adapta o seu comportamento ao dela, o que resulta no desenvolvimento de um estilo comportamental depressivo. Tal como as suas mães, os bebés apresentam um menor número de expressões faciais de afecto positivo e um maior número de expressões faciais de afecto negativo.

Em 1992, Figueiredo e seus colaboradores caracterizaram a interacção da mãe deprimida com o seu bebé da seguinte forma: menor envolvimento emocional, poucas respostas contingentes, falta de sensibilidade para com o comportamento do bebé e menor estimulação geral. Os estímulos que providencia ao bebé são demasiado simples e repetitivos e o bebé parece resignado à falta de estimulação materna.

Os resultados das investigações sobre a depressão pós-parto e , suas consequências não são coincidentes. Vários investigadores, onde se incluem Phillips e O'Hara (1991) que estudaram mães e filhos, ao longo de quatro anos, verificaram que as mães a quem tinha sido diagnosticada depressão pós-parto, apresentavam risco mais elevado de deprimirem. Esta vulnerabilidade, foi também constatada por

Uddenberg & Englesson, 1978; Wolking et al., 1980, pelo menos durante os anos pré-escolares dos filhos. (Honrado, 2001).

Outros estudos, também de follow-up, contrariando os resultados anteriormente descritos (Caplan et al., 1989; Ghodsian et al 1984; Uddenberg & Englesson, 1978; Wrate et al, 1985 cit. in Honrado 2001) não encontraram associação directa entre depressão pós-parto e problemas de comportamento na criança. No entanto, estão de acordo com o aumento de risco de depressão no futuro, para as mães com diagnóstico de depressão pós-parto.

Quanto à paridade, Figueiredo (1997) refere que grande número de estudos revela uma associação positiva entre a paridade e a existência de depressão pós parto, no sentido em que, as mulheres primíparas estariam mais sujeitas do que as múltiparas a desenvolver este quadro (Bridge, Little, Hayworth, Dewhurst & Priest, 1985; Jinadu & Daramola, 1990; Kumar & Robson, 1978). No entanto, segundo a mesma autora, Atkinson e Rickel (1984) evidenciaram que as múltiparas com mais de três crianças têm risco acrescido de deprimirem após o parto. Outros estudos, referem relativa independência entre estas duas variáveis, mostrando que a depressão pós-parto não se relaciona com a paridade (Cox, 1983; Cutrona & Troutman, 1986; Gottib et al., O'Hara et al., 1991; Paykel et al., 1980).

## ***Suporte Social***

Desde a década de 70 que o Suporte Social tem suscitado crescente interesse por parte dos investigadores, enquanto variável que afecta a Saúde (Cohen & Syme, 1985; Ribeiro 1999), capaz de causar impacto considerável na sua promoção e prevenção da doença (Barrera, 1981).

Reflecte “a forma como os *attachments* humanos estão estruturados enquanto sistemas de suporte e os recursos que são trocados entre os membros desses sistemas” (Gottlieb, 1981 cit. Josué, A., 1994 p.5)

Embora tenham sido efectuados importantes avanços na investigação sobre o Suporte Social, desde os originais trabalhos efectuados por Caplan (1974) e Cassel (1976) e várias revisões literárias reconheçam uma acumulação de estudos sobre a relação existente entre Suporte Social, a doença física e a perturbação psicológica, constata-se, corroborando a ideia de Barrera (1986) a não existência de consenso na definição do conceito.

Fazendo referência a algumas das definições existentes, podemos referir a ideia de Cobb (1976) que entende o Suporte Social como a informação de que o indivíduo é amado, estimado e parte de uma rede de comunicação e obrigações mútuas. Para Kaplan et al. (1977) definem -no como o grau em que as necessidades básicas de

uma pessoa são satisfeitas através da interacção com outras. Beels (1981), apresenta este conceito como todos os factores que estando no ambiente, promovem o curso favorável da doença; assumindo que esses factores ambientais não são exactamente conhecidos. Este autor propõe que em função de determinadas definições de curso favorável, recorrendo a estudos da história natural, análises correlacionais e eventualmente a experiências clínicas, seja possível a estudos da história natural, análises correlacionais e eventualmente a experiências clínicas, seja possível encontrar melhor operacionalização do conceito.

Hall & Wellman (1985) encaram o Suporte Social como uma variedade de recursos naturais que fluem por ligações e redes, enquanto que Cohen & Syme (1985) usam uma definição geral que engloba os recursos (informações, etc.), fornecidos por outras pessoas e que permite a possibilidade do Suporte Social ter efeitos positivos e negativos na saúde e no bem-estar humano, ao contrário de Hammer (1981), segundo o qual o suporte sempre é concebido como concebido como contribuindo positivamente para o indivíduo, independentemente da forma como é definido.

Brugha (1993) vai assinalar que a dificuldade existente na tentativa de definir este conceito deve-se, em parte, ao uso da palavra suporte, uma vez que esta pressupõe a sua existência e os seus benefícios. O autor propõe que o Suporte Social diga respeito aos aspectos das relações sociais que conferem um efeito benéfico à

saúde física e psicológica do indivíduo, através das suas componentes subjectivas, nem sempre passivas de serem materializadas.

Barrera (1986) propôs que se abandonassem as referências globais, substituindo-as por uma terminologia mais específica. Para o autor e emprego de uma linguagem precisa iria permitir reflectir as diferenças que distinguem os conceitos de suporte Social e operacionalização destes. Neste sentido Barrera (1981; 1986) tentando afastar-se de um conceito único e global, considerou três grandes categorias dentro do Suporte social:

Integração Social ( "Social Embeddedness"): Prende-se com a dimensão das redes sociais, remetendo para a integração social do indivíduo num grupo e as interligações deste contexto do grupo.

Suporte Social Percebido ("Perceived Social Support"): Refere-se à avaliação cognitiva que o indivíduo faz do seu suporte social, ou seja o suporte que o sujeito acredita ter disponível caso necessite.

Suporte Social Recebido ("Enacted Support"): Diz respeito ao suporte que o indivíduo na realidade recebe ou considera ter recebido. Serão (Antonucci & Depner, 1980) os actos específicos que os outros efectuem no sentido de dar assistência ao sujeito, sendo reconhecidos pelos outros membros de uma cultura como esforços intencionais para ajudar um indivíduo.

Reflectindo as funções atribuídas ao suporte social, estas têm sido múltiplas, segundo os vários autores. No entanto, parece existir consenso em pelo menos três categorias de provisão (Honrado, A. 2001):

- a) suporte emocional - expressões de estima e afecto
- b) suporte instrumental - bens materiais ou na assistência nas tarefas
- c) suporte informativo - aviso, conselho ou direcção.

Para Wills, (1997) embora o suporte emocional seja considerado como mais útil para lidar com um conjunto de acontecimentos de vida stressantes, em determinadas situações torna-se mais adequado o suporte instrumental ou informativo.

No que concerne à origem do suporte social, podemos considerar que esta pode ser informal ou formal. Para Dunst e Trivette (1990; in Ribeiro, 1999), as fontes informais incluem os indivíduos, através de familiares, amigos, vizinhos, padre, etc... e os grupos sociais, através de clubes, igreja, etc., prestando apoio nas actividades do dia a dia, respondendo a acontecimentos normativos e não normativos. As fontes formais incluem as organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde, programas camarários ou governamentais) e profissionais (médicos, enfermeiros, assistente sociais, psicólogos, etc.) que se organizam de modo a fornecerem assistência ou ajuda a quem os procura.

Durante a gravidez e puerpério têm sido desenvolvidos alguns estudos relacionados com o suporte social, reconhecendo-se que a presença deste associa, um melhor ajustamento materno e melhores práticas parentais (Honrado, A. 2001).

A gravidez representa um desafio importante para a saúde da mulher. Para todas as mudanças e transformações que nela ocorrem, são necessários ser tomados cuidados específicos. Assim, o suporte informacional permite o ensino de cuidados pré-natais adequados, uma alimentação adequada e uma boa preparação para o parto e nascimento (Collins et al., 1990). Por outro lado, o suporte instrumental pode permitir obtenção de ajuda em tarefas que se tornem pesadas para a mulher grávida.

Alguns estudos experimentais mostraram que a presença de um acompanhamento de suporte durante o parto estava relacionado com baixas taxas de complicações após o nascimento. Por exemplo, no estudo desenvolvido por Kennel et al., (1991 in Honrado 2001) verificou-se que o grupo de mulheres que tinha recebido suporte durante a gravidez, teve um parto com uma duração mais curta, um menor número de cesarianas e um menor número de problemas neonatais. Tais resultados são confirmados por Cutrona (1984, 1989), em que se verificou que as mulheres que vivem um número significativo de problemas físicos durante a gravidez e dificuldades obstétricas durante o parto, estão em maior risco de desenvolver

uma perturbação pós-parto, no caso em que o marido é referido como pouco prestador de suporte emocional.

Collins, Dunkel-Schetter, Lobel e Scrimshaw (1993), realizaram um estudo com o um grupo de mulheres grávidas, onde foram avaliar os efeitos do suporte social pré-natal na saúde em bem-estar das mães e filhos. Foram avaliados três aspectos relacionados com o suporte social: a quantidade de suporte recebido, a qualidade desse suporte e o recurso a redes sociais. Foram também avaliadas quatro situações: peso do bebé à nascença, scores de Apgar, progresso no trabalho de parto e depressão pós-parto. Os resultados indicaram: 1) que as mulheres que recebiam mais suporte social experiênciam melhor progressão no parto e deram à luz bebês mais saudáveis, tal como indicou os scores de Apgar. Independentemente da quantidade de suporte recebido, aquelas que estavam mais satisfeitas com a qualidade desse suporte deram à luz os bebês com scores de Apgar mais elevados; 2) as mulheres que não estavam satisfeitas com o suporte social recebido estavam em maior risco de humor depressivo durante a gravidez e no pós-parto; e, 3) as mulheres com maiores recursos a redes sociais tinham menor risco de depressão pós-parto e tinham bebês com maior peso à nascença. Análises posteriores revelaram que o suporte instrumental foi considerado o mais importante para estas mulheres, mesmo em relação ao suporte emocional.

Tal como confirma o estudo anteriormente referido de Collins et al. (1993), as mulheres que não estavam satisfeitas com o apoio recebido durante a gravidez, em especial o apoio fornecido pelo pai do bebé, estavam em maior risco de desenvolver sintomas depressivos durante a gravidez e na 6<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> semana do puerpério. Referem ainda que o mais importante não é a quantidade de apoio recebido, mas a sua qualidade.

Outros estudos (e.g. Norbeck & Anderson, 1989; Tietjen & Bradley, 1985 cit. por Collins, 1993) indicaram que as relações de suporte podem realçar sentimentos positivos de bem-estar, controlo pessoal e afecto na mulher grávida, ajudando-a a perceber as mudanças relacionadas com a gravidez como menos stressantes.

Se durante a gravidez o suporte social tem um efeito positivo sobre a saúde da mulher grávida, também após o nascimento se verificou os vários benefícios desta variável sobre os pais e o modo como estes cuidam dos seus bebés. Segundo a teoria, o suporte social tem um impacto facilitador na maternidade/paternidade e consequentemente, no desenvolvimento da criança.

Deste modo, e tendo em consideração o que já foi referido, existem três funções principais do suporte social que são: apoio emocional, instrumental e informacional. No que diz respeito às famílias o suporte emocional refere-se às expressões de empatia e encorajamento transmitidas aos pais, de forma a ajudá-los a

desempenharem um bom trabalho nos seus papéis; o suporte instrumental diz respeito à ajuda concreta que reduz o número de tarefas dos pais, como cuidar da casa e/ou da criança, e, o suporte informacional refere-se aos conselhos e informações recebidas pelos pais e que estão relacionadas com o cuidar de uma criança e como ser pai ( Grockenberg, 1988).

Se o nascimento de uma criança pode muitas vezes conduzir as mães a viverem sentimentos de menor competência no desempenhar do seu papel e assim, experimentar um maior número de sintomas depressivos, a verdade é que na presença de um bom suporte social (percepcionado pela mulher) estes sentimentos podem ter um impacto menor. Com base no estudo de Cutrona e Troutman (1986), o nascimento de uma criança com temperamento difícil constitui uma situação geradora de stress significativo para a mãe durante os meses do pós-parto. Porém, a presença de um bom suporte social revela-se nesta situação como uma fonte importante para o bom ajustamento materno a uma situação deste género. Desta forma, o suporte social apresenta uma função protectora para a mãe.

Segundo descreve Grockenberg (1988), o suporte social pode funcionar dentro da família como:

- 1) **Redutor de eventos stressantes:** o suporte social tem um impacto directo na redução dos acontecimentos stressantes e o seu impacto cumulativo destes sobre os pais.

A família pode ser capaz de desenvolver os seus próprios recursos e enfrentar um acontecimento stressante (nascimento de um bebé, uma criança doente), mas quando estes acontecimentos se multiplicam e se vão acumulando uns sobre os outros, torna-se disruptivo para as famílias. Por exemplo, o suporte social na forma de um profissional de saúde que facilita o contacto entre os pais e a criança, e a assistência da família, amigos e comunidade nas tarefas como cuidar da casa e/ou da criança, poderá reduzir a quantidade de stress sobre os pais. Reduzindo a quantidade de stress, o suporte social irá facilitar o desempenhar da maternidade.

2) **Mediador de stress:** o suporte social serve como mediador entre um acontecimento de stress e a resposta individual a esse acontecimento (Cobb, 1976; Dean & Lin, 1977). Assim, quando um indivíduo vive determinado acontecimento stressante, se receber suporte social adequado vai continuar física e emocionalmente saudável, continuando a desenvolver de forma apropriada o seu papel de pai.

Com base em diversos estudos, a autora chegou às seguintes conclusões:

- 2.1. O suporte social está associado com um melhor ajustamento à paternidade, como é indicado pela maior sensibilidade às necessidades da criança, mais interacção e estimulação e

menor uso do poder assertivo com um método de controlar o comportamento da criança. Os benefícios do suporte social na criança são claros para as famílias sobre considerável stress e para as famílias que experimentam todos os dias o stress da vida moderna.

- 2.2. O suporte social também é associado com o desenvolvimento adaptativo da criança, como indica a vinculação segura mãe-criança e o comportamento competente desta. O impacto do suporte social na criança pode ser directo – pelo suporte individual- ou indirecto mediado através do comportamento da mãe-
- 2.3. O suporte emocional e a assistência com os cuidados da criança são identificados como tipos importantes de suporte social. No entanto, o tipo de suporte mais encorajador de sensibilidade e envolvimento dos pais depende das necessidades individuais específicas de cada família.
- 2.4. O suporte social dos membros da família, e, em particular do parceiro da mãe, é tipicamente o mais predictivo do tipo de comportamento parental descrito acima.
- 2.5. Há momentos nos quais os amigos e profissionais são melhores fontes de suporte que os parentes.

Torna-se evidente a ligação que existe entre o suporte social e outras perturbações psicológicas como o stress e depressão pós-

parto. Ainda que do ponto de vista genérico, Ribeiro (1999) descreve a relação entre suporte social e saúde, onde podemos ver também a associação desta variável com o stress.

- i. O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stress: Agrupa uma versão forte e uma versão fraca. A primeira afirma que esta variável impede que o stress afecte negativamente o indivíduo, enquanto a fraca afirma que o stress afecta toda a gente, mas que na existência de suporte social esse efeito é reduzido. O suporte social é visto como mediador ou moderador de stress.
- ii. A não existência de suporte social é fonte de stress – considera que a falta de suporte social é ela própria geradora de stress
- iii. A perda de suporte social é um stressor. Considera que se se tem suporte social e se o perde, o stress surge;
- iv. Suporte social é benéfico. É uma perspectiva de certo modo oposta às anteriores, no sentido em que considera que o suporte social torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, o suporte social é um recurso, quer perante, quer na ausência, de fontes de stress.

O suporte social também aparece associado à depressão pós-parto, como são o caso de inúmeras investigações que concluíram

que as mulheres que se deprimem após o nascimento de um bebê carecem em geral de apoio por parte do marido ou de alguém que o substitua. (Campbell et al 1992; Cutrona, 1984; Cutrona & Troutman, 1986; Leadbeaten & Linares, 1990; O'Hara et al., 1982; O'Hara, 1986; Paykel et al., 1980 in Figueiredo, 1997).

A literatura mais clássica sobre depressão pós parto sugeriu que as respostas depressivas ao nascimento de uma criança ocorrem com mais frequência na ausência de suporte familiar, tendo Brown e Haris (1978, in Figueiredo 1997) sido os primeiros a propor que a "falta de suporte social teria um papel de primeiro plano na etiologia da depressão pós-parto" (Cit. p. 93).

O' Hara e seus colaboradores (1982) também verificaram que o aparecimento da depressão pós-parto surgia em mães que referiam os seus maridos como pouco prestadores de apoio emocional e instrumental neste período.

Pela investigação realizada, sabemos que as necessidades dos pais em termos de suporte variam conforme as suas próprias histórias pessoais, a idade da criança e outras características.

## ***Auto Eficácia***

Na definição apresentada por Ribeiro (1997) a auto-eficácia é uma variável cognitiva com uma função motivacional (Bandura 1977,1981,1982,1983,1991) que explica o comportamento humano na maior parte das situações de vida. A teoria postula que a percepção que as pessoas têm das suas capacidades afecta o seu comportamento, o seu nível de motivação, o seu padrão de pensamento e a sua reacção emocional (O'Lary, 1985 in Ribeiro 1997). Desta forma, entre os diferentes aspectos do auto-conhecimento, nenhum influi tanto na vida diária do homem como a opinião que este possui da sua eficácia pessoal (Bandura, 1987).

Bandura desenvolveu a teoria da auto-eficácia (1977, 1987), considerando que o comportamento, assim como as suas possíveis alterações, são mediadas principalmente por expectativas de eficácia pessoal, ou seja, a crença que um indivíduo possui na sua capacidade para atingir determinado nível de exigência de uma tarefa, dentro de um domínio psicológico específico (Bandura, 1989).

No dia a dia, muitos indivíduos são confrontados com situações sobre as quais possuem conhecimentos, dispõem de capacidades para as realizar, mas mesmo assim, não o fazem de modo eficaz. Ter conhecimentos e possuir os skills necessários não chega para atingir muitas vezes os objectivos a que nos propomos. A verdade, é que existe uma diferença entre possuir capacidades e ser capaz de utiliza-

las nas diferentes situações. É a auto-eficácia percebida pelo sujeito que funciona independentemente das capacidades subjacentes (Scunk, 1984; in Nogueira e Mesquita, 1992). Um rendimento adequado, exige que o indivíduo seja possuidor de capacidades e acredite que seja capaz de utilizar eficazmente. Em síntese, o julgamento que as pessoas fazem das suas capacidades vai influenciar os seus padrões de pensamento e reacções emocionais durante transações antecipatórias e actuais com o meio (Bandura, 1982).

Para vários autores, a importância do conceito de avaliação de auto-eficácia reside no seu valor preditivo. As pessoas são mais influenciadas pela avaliação que fazem da sua performance, do que pela performance em si, pelo que não é fora de comum que a percepção de auto-eficácia seja um preditor da acção futura e não da performance passada (Bandura, 1982; Bandura, Adams & Bayer, 1977; Bandura e Adams et al., 1980; Kazdin 1979; in Pires 1997)

Bandura (1992) faz a distinção entre dois conceitos fundamentais: a expectativa de eficácia pessoal e a expectativa do resultado. A expectativa de eficácia pessoal refere-se à convicção que o sujeito tem de que pode realizar com sucesso o comportamento pretendido para produzir os resultados desejados; a expectativa de resultado é definida como a crença pessoal de que determinado

comportamento produz determinados resultados. A percepção que as pessoas têm da sua eficácia afecta a motivação dos sujeitos no seu modo de agir, através da determinação de escolhas, do esforço com que se envolvem na realização das tarefas e da persistência utilizada perante contrariedades. A expectativa de auto-eficácia também influencia as cognições e emoções.

Nogueira e Mesquita (1992) referem que as expectativas de auto-eficácia variam em três dimensões: a magnitude, ou nível de dificuldade da tarefa; a generalização, que diz respeito à quantidade de domínios de funcionamento em que a pessoa acredita ser eficaz; e, a força, que reflecte a segurança da crença, sendo que a forte auto-eficácia persiste após vários fracassos, enquanto a fraca auto-eficácia resiste ao fracasso.

Para Bandura (1992, in Honrado 2001, p.61,62) o conhecimento da própria eficácia baseia-se em quatro fontes principais de informação:

- 1) "As realizações pessoais que constituem a maior fonte de informação sobre a eficácia pessoal uma vez que dizem respeito às experiências vividas pelos sujeitos sendo que o êxito aumenta as avaliações positivas de eficácia, enquanto os fracassos repetidos as diminuem. Quando o indivíduo consegue alcançar uma crença firme sobre a sua eficácia, dificilmente os

fracassos ocasionais podem mudar esta percepção que o indivíduo tem sobre as suas capacidades.

- 2) As experiências vicariantes (observação do sucesso e do falhanço dos outros) que dizem respeito às observações ou imaginações feitas pelo indivíduo ao comportamento de outras pessoas e que podem aumentar a auto-eficácia percebida, uma vez que o indivíduo acaba por acreditar que consegue igualmente realizar as mesmas acções, possuindo para isso a crença de que dispõe das capacidades requeridas. Assim sendo, observar alguém a fracassar pode também convencer o indivíduo que nas mesmas circunstâncias fracassaria também.
- 3) A persuasão verbal, que é utilizada para induzir no sujeito a crença de que possui capacidade suficiente para conseguir aquilo que deseja. A persuasão, por si só, pode não ser suficiente para induzir aumentos duradouros no nível de auto-eficácia, mas pode contribuir para um melhor rendimento, se o aumento desta está dentro dos limites reais das possibilidades dos sujeitos.
- 4) A activação emocional, que se refere aos estados fisiológicos do sujeito que servem de informação para o julgamento das suas próprias capacidades a interpretação da sua activação somática diante de determinadas situações stressantes dá-lhe sinais globais de vulnerabilidade”.

A informação é combinada e processada pelo indivíduo, possibilitando a auto avaliação de capacidades. Estas avaliações passam a ser como mediadores cognitivos da acção (Bandura, 1986), o que sugere a presença de uma relação dinâmica entre pensamento e acção, bem como de afecto.

Bandura ao descrever as fontes de informação, faz uma distinção entre a informação disponível e aquela que é processada e transformada pelo indivíduo (Nogueira e Mesquita, 1992). O impacto da informação sobre as percepções de auto eficácia vai depender da forma como ela é cognitivamente organizada. Neste sentido, a veracidade das avaliações feitas pelo sujeito são outro aspecto de grande importância uma vez que se não foram exactas/verdadeiras, podem tornar-se prejudiciais.

O valor prático da auto eficácia está na capacidade que esta tem de influenciar o comportamento. Mediante competências apropriadas e incentivos adequados, as expectativas de eficaz são o maior determinante da escolha de actividades dos indivíduos, da quantidade de esforço de que despendem e do tempo que persistiram no esforço para aguentar ou lidar com situações de stress.

Assim, a percepção de auto-eficácia é um produto activo e não um preditor passivo das realizações e acções do sujeito (Pires 1997). As pessoas que têm uma elevada auto-eficácia num determinado domínio, pensam sentem e agem de forma diferente daquelas que se sentem ineficazes. As pessoas que duvidam das suas capacidades, e como tal, têm uma baixa auto-eficácia, fogem das tarefas difíceis para as quais consideram que não têm capacidade de realização. Têm baixas aspirações e fraco sentido de compromisso em relação aos objectivos que se propuseram atingir. Em situações que são um fardo ficam a remoer nas suas deficiências pessoais, na grandiosidade da tarefa e nas consequências adversas do falhanço (Beck, 1976 in Pires 1997, Honrado 2001). Estes pensamentos derrotistas prejudicam ainda mais os possíveis esforços que o sujeito poderia realizar, afastando a sua atenção do melhor que poderia ajudar na realização dos seus objectivos. As experiências de insucesso enfraquecem a sua motivação, diminuem os seus esforços e assim, levam o indivíduo a desistir rapidamente (Brown & Inouye, 1978). Após o falhanço ou retrocesso, também são mais lentos a recuperar o seu sentido de eficácia, atribuindo os baixos níveis de realização à sua fraca capacidade. Como tal, não precisam de falhar muito para perderem nas suas próprias capacidades, tornando-se alvos fáceis do stress e de depressão.

Por outro lado, aquelas pessoas que têm grande confiança nas suas capacidades, possuindo uma auto eficácia elevada, encaram tarefas difíceis como um desafio a ser ultrapassado e não como uma ameaça da qual têm que fugir. Estimulam o interesse e o envolvimento para a sua boa realização, aumentando o esforço do sujeito diante falhanços ou retrocessos. Quando estes acontecem, há uma tendência para fazer uma atribuição deste facto à falta de esforço, permitindo a rápida recuperação do sentido de eficácia momentaneamente perdido. As potenciais situações de stress ou de ameaça são abordadas com a convicção de que se pode exercer algum poder sobre elas, pelo que este modo de pensar/agir aumenta o nível de funcionamento cognitivo e de realização, reduzindo o stress e diminuindo a vulnerabilidade à depressão (Pires, 1997).

As relações entre a crença de eficácia do sujeito e o stress, ansiedade e depressão, também foram delineados por Bandura. A crença que as pessoas têm nas suas capacidades determina a quantidade de stress, ansiedade e depressão que sentem em situações difíceis e ameaçadoras (Pires, 1997).

Quando o sujeito é confrontado com situações que sente que estão dentro do seu limite de auto eficácia, e como tal, pode ultrapassá-las, as reacções de stress e ansiedades são baixas.

“Mas aquelas que acham que não são capazes de exercer controle sobre os agentes de stress experimentam níveis elevados e subjectivos de perturbação, activação do sistema autónomo, secreção de catecolaminas e activação do sistema opióide” (Bandura, 1989 cit in Pires, p.232)

O nível de activação afectiva em situações envolvendo agentes de stress é influenciada pela percepção que o sujeito tem de ser eficaz em controlar apreensões cognitivas disfuncionais, assim como pela percepção de lidar eficazmente com a situação. Isto requer controlar a nossa própria consciência. Assim, o controlo eficaz do pensamento tem um papel importante na regulação da perturbação gerada cognitivamente. A principal fonte de stress ou de ansiedade não é a frequência de cognições stressantes ou intrusivas, mas sim a percepção de ser incapaz de as fazer para (Bandura, 1989, Pires.1997).

A depressão aparece quando o sujeito percebe que não é capaz de atingir os objectivos desejados, o que afecta a avaliação do valor pessoal que o sujeito faz de si próprio e que o impede de manter aquilo que traz satisfação (Bandura, 1988; Cutrona & Troutman, 1986).

Fazendo alusão à teoria de Bandura (rev. in Honrado 2001), percebe-se que as pessoas recebem informação sobre a sua eficácia através de várias fontes, dando o autor destaque à sua história anterior de sucessos e fracassos. Baseado na ausência de definição de auto-eficácia materna e nos estudos anteriores, Pires (1997) descreve auto-eficácia materna como: " a sensação de capacidade da mãe para cuidar da criança. Se acha que executa de modo eficaz e confiante as tarefas como mudar a fralda, dar o banho, dar de comer, despir e vestir e ainda perceber as necessidades da criança acalmando-a quando chora, sobretudo nos momentos mais difíceis" (p. 243,244). Deste modo, a auto-eficácia materna depende directamente do resultado das interacções da mãe com a criança e do modo como ela interpreta essas interacções.

Merecer (1985, 1986) de acordo com outros autores, refere-se à auto-eficácia materna, através do conceito de competência. Ou seja, face à realização de tarefas, se a mãe sente maior ou menor dificuldade, assim se sentirá mais ou menos insegura, mais ou menos competente.

Outros factores importantes que podem moldar a auto-eficácia materna, também descritos por Bandura (1986), são as experiências vicariantes do sujeito e a persuasão verbal dos outros. Pires (1997) refere que nos primeiros tempos após o

nascimento do bebé a mãe puder contar com ajuda e apoio de alguém (marido, mãe, tia, amigo, etc.) para ajudar nos cuidados com a criança, esta tem maior possibilidade de aumentar, por observação, a sua própria auto eficácia. Se estas pessoas, nomeadamente o marido, persuadirem a mãe no sentido de que ela possui as capacidades necessárias para desempenhar eficazmente o seu papel e de que é uma boa mãe, não devendo por isso desistir, mas sim persistir porque vai conseguir atingir os seus objectivos, então estarão a contribuir para o sentimento de eficácia materna.

A aquisição de competência no papel maternal é em grande medida um processo cognitivo social que é influenciado pelo contexto cultural e familiar, e pelas características da mãe e da criança" (Mercer, 1981; Rubin, 1984; cit in Pires 1997, p. 246). Ao assumir um novo papel exigido pela maternidade a resposta do marido e da rede social de apoio são importantes para validar a performance competente da mãe.

Pires (1997) também descreve a auto eficácia materna a partir da distinção feita por Bandura entre as pessoas com um sentimento de eficácia elevado e as com um sentimento de eficácia baixo. O autor considera, com base na teoria da auto eficácia, que se poderia prever que uma mãe com baixa auto

eficácia, que duvida, das suas capacidades, gostaria de não realizar as tarefas difíceis para as quais não se sentisse preparada. Em situações complicadas, de não resolução imediata, a mãe poderá intensificar o sentimento de incapacidade para ultrapassar a situação (atribuição interna do fracasso); considerando uma tarefa demasiado exigente para si; acentuando as consequências negativas deste falhanço. O aparecimento destes pensamentos, desviam a atenção da mãe da tarefa a realizar, prejudicando o seu esforço no sentido de ultrapassá-la. As experiências de fracasso ou insucesso conduziram a uma maior desmotivação e sensação de não competência. Em contrapartida, uma mãe com elevada confiança, ou seja com uma auto eficácia elevada abordar as situações difíceis como um desafio a ser ultrapassado. Esta orientação afirmativa estimula o interesse e o envolvimento nos cuidados maternos, promovendo, sobretudo no caso das primíparas, o desenvolvimento de determinadas competências que faltam nestas mães. O seu sentido de eficácia perante falhanços ou insucessos é recuperado mais rapidamente. Ao encarar potenciais situações de stress ou ameaça com a confiança de que pode exercer algum controle sobre ela, reduz o stress e a vulnerabilidade ao aparecimento de uma depressão.

A percepção que a mãe tem da sua competência no papel maternal (confiança materna) é um determinante básico da sua

capacidade como mãe e influência as suas respostas para a criança. Por outro lado, a maneira como a criança responde aos cuidados maternos influencia o seu sentimento de competência ( Bullock & Pridham, 1988; Crain & Thompson, 1986 in Pires 1997)

Cutrona (1984) demonstrou que as mulheres que apresentavam uma maior sintomatologia depressiva na 8ª semana do pós-parto eram aquelas que recebiam menos suporte emocional do marido e como tal, sentiam-se menos competentes no desempenho do seu papel.

Tal como tem sido admitido, o sentimento de eficácia ou competência materna varia em função de uma série de factores, nomeadamente o estado de saúde da criança ou a percepção que a mãe tem do estado de saúde do bebé; a experiência de parto; as características do temperamento do bebé, o autoconceito e a auto-estima da mãe; o apoio recebido dos outros significativos para ela, nomeadamente o marido; e, o número de filhos (Pires, 1997).

De acordo com Bandura (1982) as percepções de auto-eficácia condicionam a quantidade de esforço que as pessoas despendem numa tarefa e a quantidade de tempo que vão persistir diante de obstáculos ou experiências aversivas.

Um estudo desenvolvido com um grupo de mães que foram ao pediatra apenas 30% manifestava preocupações com a saúde física do bebê sendo que as restantes 70% manifestava preocupações relacionadas com o como ser mãe e o desenvolvimento da criança ( Hickson Altemier & O ' Connor 1983).

Reece (1992) refere-se à auto-eficácia nas mulheres que são mães pela primeira vez, como a confiança que elas têm na sua capacidade para desempenhas o papel maternal

## *Questão de Investigação*

De acordo com o enquadramento teórico apresentado, pensamos existirem poucos estudos sobre Adaptação da mulher ao nascimento de um filho, em Portugal. Tentando dar contributo para o aprofundar de conhecimentos nesta matéria elaboramos a investigação, com base na seguinte questão:

Será que existem diferenças significativas na adaptação ao nascimento de um filho, entre mulheres primíparas ou multíparas?

Tendo presente que o conceito de *adaptação* assenta num conjunto de variáveis psicológicas já definidas, pretendemos saber se existem diferenças significativas entre mulheres que estão a ser mães pela primeira vez e mães com outros filhos, em relação ao nascimento de um filho, ao nível da depressão, ansiedade, stress, satisfação com suporte social e auto-eficácia.

*Metodologia*

## *Participantes*

A população do presente estudo são mulheres com filhos entre os 2 e os 12 meses de idade. Os participantes constituem uma amostra de 59 mulheres, tendo sido divididas por dois grupos:

G1- mulheres com apenas um filho (N=29)

G2- mulheres com mais que um filho (N=30)

Os participantes foram seleccionados, na consulta de Saúde Infantil do Centro de saúde do Cacém, extensão do Olival, tendo presente se sabiam ler e respeitando a voluntariedade/disponibilidade dos sujeitos para responder aos questionários.

Através do questionário de identificação foi possível aceder às seguintes características sociodemográficas:

- ✍ A média de idades geral é de 30,6 anos; com idade máxima e mínima de 39 e 19 anos, respectivamente. G1 apresenta uma média etária de 28,9, enquanto que G2 apresenta uma média etária de 32,4

- ✍ Habilitações literárias: 12<sup>o</sup> ano é a habilitação literária mais frequente (39%). Com licenciatura encontram-se 13,6% das inquiridas. 10,2% afirmam ter Ensino Secundário: As restantes (37,2%), referem ter pelo menos um dos anos do Ensino Básico
- ✍ Nacionalidade: 84, 4% são de nacionalidade portuguesa. 5,1 brasileira. 5,1% de países africanos de língua oficial portuguesa. 3,4% de um país da Comunidade Europeia.
- ✍ Raça: 88,1% Caucasianos; 10, 2% Negra. 1,7% refere Outra, não especificando.
- ✍ Estado Civil: 88,1% das inquiridas refere ser casada ou estar a viver maritalmente; 10,2% diz ser solteira. 1,7% não responde.

## *Material*

Os instrumentos utilizados para avaliação das mães da nossa amostra foram previamente utilizados, pelo investigador que conduziu o estudo, com vista a esclarecer eventuais dúvidas relativas à sua administração, à compreensão dos itens, bem como à sua respectiva cotação.

Exceptuando o questionário demográfico, todos os outros são escalas tipo Likert, que consistem numa série de afirmações sobre as quais o sujeito deve indicar o seu grau de concordância. Todos os instrumentos utilizados são de auto-preenchimento.

Apresentamos os instrumentos utilizados:

- Questionário Demográfico: Tem como objectivo a identificação e descrição de características sociodemográficas
- Escala de Depressão, Ansiedade e Stress: Tem como objectivo a avaliação discriminativa dos estados emocionais de Depressão, Ansiedade e Stress
- Escala de Satisfação com o Suporte Social: Tem como objectivo a avaliação da satisfação dos sujeitos como apoio

social prestado pela família, amigos, suporte íntimo e actividades sociais

- Escala de Avaliação da Auto-Eficácia: Tem como objectivo a avaliação do sentimento de capacidade e competência do sujeito em diferentes situações.

### *Questionário Demográfico*

O questionário demográfico foi desenvolvido pelos autores do presente estudo com objectivo de recolha de informações sociodemográficas necessárias à selecção e caracterização da amostra.

Inclui itens referentes às características demográficas do sujeito (idade, habilitações literárias, nacionalidade, raça, estado civil, n.º de filhos); itens que se referem ao momento da gravidez e parto (planeamento da gravidez, vigilância médica, duração da gravidez, tipo de parto e complicações durante o parto).

## *Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS)*

De entre outras possibilidades, DASS, foi o instrumento escolhido por ter sido usado no estudo de Honrado,A e Leal. (2001), sobre "Adaptação Materna", tendo sido aferido à população portuguesa por Honrado, A.; Ribeiro 2000.

A Escala de Depressão, Ansiedade e Stress foi aferida para a população portuguesa (Honrado,A; Ribeiro,2000) da Scales Depression Anxiety Stress (DASS) de Lovibond & Lovibond (1983), com o objectivo de fazer simultaneamente a avaliação de um conjunto de sintomas emocionais negativos, relacionados com a depressão , ansiedade e stress.

Esta escala pretende avaliar os estados afectivos de depressão, ansiedade e stress.

É constituída por 42 itens, que representam um conjunto de frases, que remetem para sintomas emocionais negativos. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala de Likert, onde o sujeito deve assinalar aquela que se aproxima mais do seu grau de concordância. Os sujeitos avaliam a extensão sobre a qual experienciaram cada sintoma durante a última semana, devendo optar por uma das categorias: "não se aplicou nada a mim"; "aplicou-se a mim algumas vezes"; "aplicou-se a mim muitas vezes"; "aplicou-se a mim a maior parte do tempo". A cada categoria

de resposta corresponde mais um ponto do que na anterior, entre um mínimo de 0 (não se aplicou nada a mim) e um máximo de 3 (aplicou-se a mim a maior parte do tempo).

A DASS é constituída por três sub escalas, incluindo cada uma delas 14 itens, de que são exemplo :

#### a) Depressão

- ❖ Senti-me desanimado e melancólico
- ❖ Senti-me triste e deprimido
- ❖ Não consegui ver nada no futuro para ter esperança
- ❖ Senti que não tinha nada a esperar do futuro

#### b) Ansiedade

- ❖ Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico
- ❖ Tive suores intensos que não foram provocados por temperatura elevada ou exercício físico
- ❖ Senti a minha boca seca
- ❖ Senti dificuldades em respirar
- ❖ Tive dificuldades em respirar

#### c) Stress

- ❖ Tive dificuldades em me acalmar
- ❖ Senti dificuldade em acalmarem depois de algo que me aborreceu
- ❖ Senti dificuldade em me relaxar
- ❖ Senti que estava a utilizar muita energia nervosa
- ❖ Estive num estado de tensão nervosa

O grau de fidelidade das diferentes escalas foi efectuado através da análise do Alpha de Cronbach. Os resultados da consistência encontrados pelos autores (Honrado, A.; Ribeiro, L 2000) podem ser considerados bons para as três escalas. Assim Depressão  $\alpha = 0,93$ ; Ansiedade  $\alpha = 0,83$ ; Stress  $\alpha = 0,88$ .

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos 14 itens relevantes para cada uma. O total dá-nos um perfil do sujeito nas diferentes sub-escalas.

Em síntese, quanto mais elevado for o score total para cada sub-escala, maior serão os níveis de Depressão, Ansiedade e Stress.

### *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*

Esta escala foi construída por Ribeiro (1999), com o objectivo de medir a satisfação que o sujeito tem do suporte social existente. Pretende avaliar o suporte social percebido para a Saúde, Bem Estar, Qualidade de Vida e mal Estar.

A ESSS é constituída por 15 itens, que representam um conjunto de afirmações, para as quais o sujeito tem cinco possibilidades de resposta. Estas são apresentadas numa escala de Likert, onde o

sujeito deverá assinalar o grau de concordância com a afirmação "concordo totalmente"; "concordo na maior parte"; "não concordo nem discordo"; "discordo na maior parte; e, "discordo totalmente".

A escala é constituída por quatro sub escalas que avaliam diferentes aspectos do suporte social, nomeadamente:

a. Satisfação com Amizades (SA): mede a satisfação do sujeito com relação às amizades/amigos que tem, e inclui 5 itens, de que são exemplos:

- ❖ Os amigos não me procuram tantas vezes como eu gostaria
- ❖ Estou satisfeita coma quantidade de amigas que tenho

b. Intimidade (IN): mede a percepção da existência de suporte social íntimo, e inclui 4 itens, de que são exemplos:

- ❖ Por vexes sinto-me só no mundo e sem apoio
- ❖ Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer

c. Satisfação com a família (SF): mede a satisfação do sujeito com o suporte familiar existente, e inclui 3 itens, de que são exemplos:

- ❖ Estou satisfeita com a forma como me relaciono com a minha família
- ❖ Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com a minha família

d. Actividades Sociais (AS): mede a satisfação com as actividades sociais que o sujeito realiza, e inclui 3 itens, de que são exemplos :

- ❖ Não saio com amigos tantas vezes quanto gostaria
- ❖ Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam

A escala descrita foi sujeita a uma análise factorial, onde foi escolhida uma solução com quatro factores que explicam 63,1% da variância total. A consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) da escala total é de 0,85; sendo o  $\alpha$  do 1º factor=0,83 "satisfação com amizades";  $\alpha$  do 2º factor =0,74 "intimidade";  $\alpha$  do 3º factor=0,74 "satisfação com família"; e, do  $\alpha$  4º factor = 0,64 "actividades sociais". Uma vez que o  $\alpha$  total é  $>0,80$  a escala apresenta uma boa consistência interna, podendo ser considerada sensível e valida.

Para se fazer a cotação das repostas, atribui-se aos itens de construção positiva (2,3,4,5,7,8,10,11 e 12) uma pontuação inversa à referida pelo sujeito, enquanto que aos itens de construção negativa (1,6,9,13,14 e 15) os valores permanecem os mesmos. Para obter o score total, somam-se todas as cotações atribuídas às repostas.

Em síntese, quanto mais elevado for o score total, melhor será a satisfação do sujeito com o seu suporte social

## *Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral (EAAG)*

A Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral (EAAG), foi apresentada por Ribeiro em 1995, resultando da adaptação portuguesa da "The Self-Efficacy Scale" de Sherer et al. (1982), no âmbito da Promoção da Saúde e Qualidade de Vida.

Bandura (1977) considera que avaliação da auto-eficácia deveria ser específica da situação, reconhece que " algumas experiências (...) desencadeiam um sentido de eficácia mais generalizado que vai para além da situação específica". É neste pressuposto que Ribeiro faz a adaptação da "The self-Efficacy Scale", pretendendo a avaliação da auto-eficácia geral aqui enunciada. Tal possibilidade de generalização a outras situações, bem como a adaptação à população portuguesa, justificam o seu uso no presente estudo.

A EAAG é uma escala composta por 15 itens, que representam um conjunto de afirmações. Para cada frase existem sete possibilidades de resposta, apresentadas numa escala de Likert, devendo o sujeito assinalar o grau em que concorda com a afirmação: "discordo totalmente"; "discordo bastante", "discordo um pouco", "não concordo nem discordo"; " concordo um pouco"; "concordo bastante" e "concordo totalmente". A cada categoria de resposta corresponde mais um ponto do que na anterior, variando

entre um mínimo de um (discordo totalmente) e um máximo de sete (concordo totalmente).

A escala é constituída por três sub-escalas (factores) que avaliam as seguintes dimensões da eficácia:

A. Iniciação e Persistência (IP): qualifica a apreciação que o sujeito faz a relação à sua vontade para iniciar e completar uma acção. Inclui 6 itens, de que são exemplo:

- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida
- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas
- Um dos meus problemas é que não consigo fazer as coisas como devia

B. Eficácia Perante e Adversidade (EPA): avalia a vontade do sujeito para persistir numa actividade, diante de situações adversas: Inclui 5 itens, de que são exemplo:

- Quando não consigo fazer coisas à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir
- Se uma coisa me parece complicada, não tento sequer realiza-la
- Normalmente, desisto das coisas antes de as ter acabado

C. Eficácia Social (ES): Qualifica as expectativas do sujeito perante situações sociais. Inclui 4 itens, de que são exemplo:

- Tenho dificuldade em fazer novos amigos

- Se encontrar alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa
- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar

A presente escala foi sujeita a uma análise factorial, onde foi escolhida uma solução com três factores que explicava 52,9% da variância total. No que se refere à fidelidade da escala, foi verificado através da consistência interna traduzida, no coeficiente  $\alpha$  de Cronbach ( $\alpha$  total =0,84), que as diferenças individuais encontradas, são diferenças reais relativas à característica avaliada. As sub-escalas definidas pela análise factorial apresentam um  $\alpha$  de Cronbach adequado:  $\alpha$  =0,80 para o primeiro factor (iniciação e persistência);  $\alpha$ =0,80 para o segundo factor (eficácia perante a adversidade); e  $\alpha$ =0,60 (eficácia social). Assim, uma vez que o  $\alpha$  total é maior que 0,80 a escala apresenta uma boa consistência interna.

Sendo que existe para cada frase sete possibilidades de resposta, a escala tem sete pontos. O total de pontos dará um perfil do sujeito nas diferentes sub-escalas (IP, EPA e ES) ou numa nota global de auto-eficácia geral.

A cotação das respostas é feita do seguinte modo: aos itens de construção negativa (3,4,5,7,8,9,10, 12,14, e 15) é atribuída uma pontuação inversa da referida do sujeito, enquanto que aos itens de construção positiva (1,2, 6, 11, 13) os valores permanecem os mesmos. Os critérios de cotação das respostas foram definidos de forma que um resultado mais elevado indique uma melhor percepção de eficácia.

Em síntese, quanto mais elevado for o score total, melhor será a percepção de eficácia do sujeito

## ***Procedimento***

Após obtido o consentimento da Directora do Centro de Saúde do Cacém, procedeu-se à recolha de dados na Consulta de Saúde Infantil, na extensão do Olival, durante os meses de Junho, Julho, Agosto e Setembro de 2002.

Inicialmente solicitou-se a colaboração das enfermeiras da Saúde Infantil e das médicas que faziam parte da consulta. Assim, as

técnicas distribuíam os questionários às mães com filhos com menos de um ano de idade. Estas, habitualmente, levavam os questionários para casa, comprometendo-se a devolvê-los.

Tendo-se percebido que os questionários não estavam a ser devolvidos e que a entrega dos mesmos, também estava comprometida pelo excesso de trabalho das técnicas, optou-se por fazer directamente a sensibilização às mães na sala de espera, solicitando-se a sua participação, enquanto aguardavam pela sua vez, respeitando-se sempre a sua disponibilidade para colaborar. Esta opção revelou-se mais eficaz, tendo-se obtido maior número de questionários respondidos.

Concluída a recolha dos questionários, foi feita a ordenação e cotação dos instrumentos utilizados. Elaborou-se uma base de dados com as respostas dos sujeitos e, procedeu-se ao tratamento estatístico, efectuado no SPSS para Windows.

Foi efectuada e apresentada, através da estatística descritiva a caracterização dos dois grupos face às variáveis que pretendemos estudar. Após análise da distribuição dos dados obtidos em cada sub escala, para comparação dos dois grupos utilizou-se:

- o teste *t student* para as variáveis Stress; DAS total e iniciação/persistência (aceitou-se a hipótese de distribuição normal)

- o teste não paramétrico *Mann-Whitney (z)* para as restantes variáveis

Procuramos também avaliar a intensidade da relação entre duas variáveis, calculando o coeficiente de correlação entre essas mesmas variáveis. Foi utilizado o coeficiente de correlação linear de *Pearson (r)*, permitindo-nos averiguar qual o tipo de correlação que as variáveis têm entre si: positiva (variam no mesmo sentido), negativa (variam em sentido inverso) ou nula (não existe relação entre as variáveis). Temos presente, na análise efectuada, que o facto de poder existir relação entre duas variáveis, não significa que esta seja de causalidade.

Paralelamente, procuramos analisar a consistência das diversas escalas por nós utilizadas.

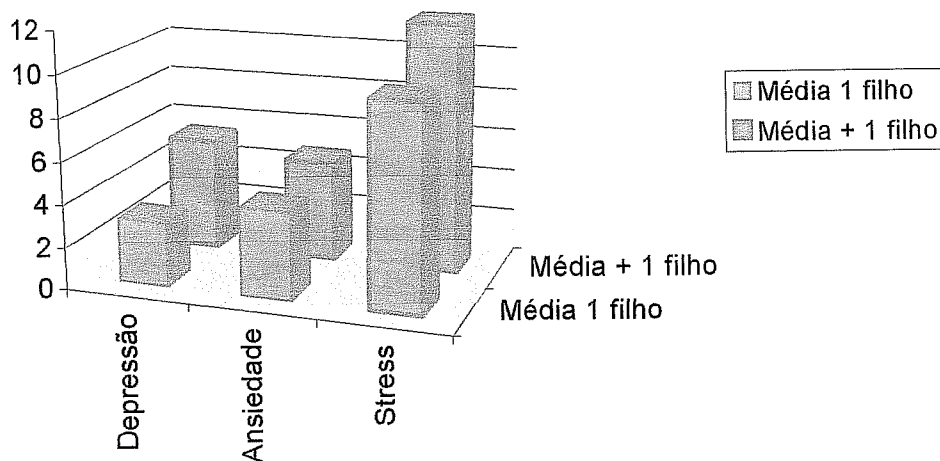
## Resultados

Numa primeira parte – **Parte A**, após apresentação dos dados da estatística descritiva, fomos verificar se existem diferenças significativas entre os dois grupos : G1(N= 29) – mulheres com apenas um filho; G2 (N=30) – mulheres com mais que um filho) no que diz respeito às variáveis estudadas. Numa segunda parte - **Parte B**, procurou investigar-se a existência de uma correlação significativa entre as diferentes variáveis em estudo, no total de participantes, utilizando um nível de significância de 0,05 e 0,01.

A par, fez-se análise de consistência das diferentes escalas, através do estudo de  $\alpha$  de Cronbach.

**Tabela 1** - Estatísticas descritivas para a escala Depressão, Ansiedade e Stress de acordo com o nº de filhos

	<i>Média</i>		<i>D. Padrão</i>		<i>V. Máximo</i>		<i>V. Mínimo</i>	
	1 filho	+ 1 filho	1 filho	+ 1 filho	1 filho	+ 1 filho	1 filho	+ 1 filho
<i>Depressão</i>	3,0	5,3	3,4	5,2	13	18	0	0
<i>Ansiedade</i>	4,1	4,7	3,9	4,2	13	17	0	0
<i>Stress</i>	9,5	11,7	5,7	5,7	25	22	1	1
<i>DAS total</i>	16,6	21,9	11,9	13,3	42	52	1	1

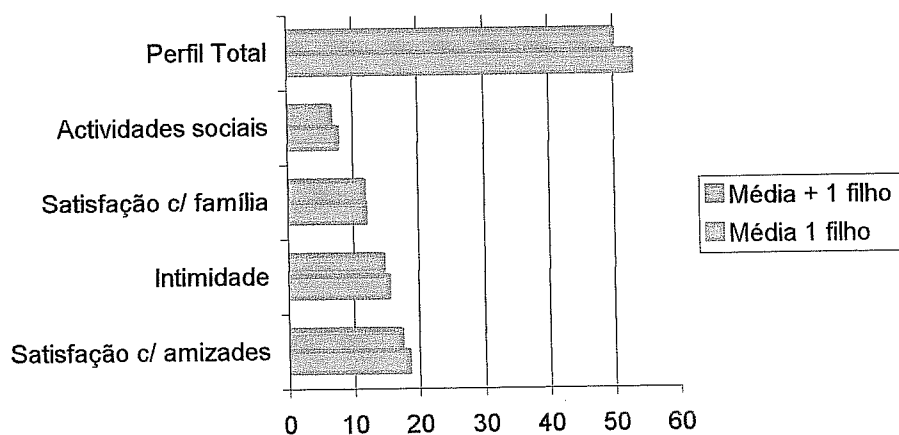


No sentido de verificar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos aplicou-se para *DAS total* e *Stress* o teste t de student para amostras independentes e para as restantes sub-escalas o teste não paramétrico de Mann-Whitney (z), não se encontraram diferenças significativas para os dois grupos.

**Embora se tenham registado valores médios mais elevados de depressão, ansiedade e stress no grupo de mães com mais que um filho, não foram encontradas diferenças significativas em relação ao grupo de mães com apenas um filho**

**Tabela 2 - Estatísticas descritivas para a Escala de Percepção de Suporte Social de acordo com o nº de filhos**

	<i>Média</i>		<i>D. Padrão</i>		<i>V. Máximo</i>		<i>V. Mínimo</i>	
	1 filho	+ 1 filho	1 filho	+ 1 filho	1 filho	+ 1 filho	1 filho	+ 1 filho
<i>Satisfação c/ amizades</i>	18,3	17,2	4,5	4,5	25	25	5	9
<i>Intimidade</i>	15,3	14,5	3,9	3,8	20	20	4	4
<i>Satisfação c/ família</i>	11,8	11,6	3,0	2,7	15	15	7	3
<i>Actividades sociais</i>	7,6	6,7	3,0	3,1	15	13	3	3
<i>Perfil Total</i>	<b>52,9</b>	<b>50,0</b>	<b>11,3</b>	<b>9,9</b>	<b>73</b>	<b>70</b>	<b>19</b>	<b>29</b>



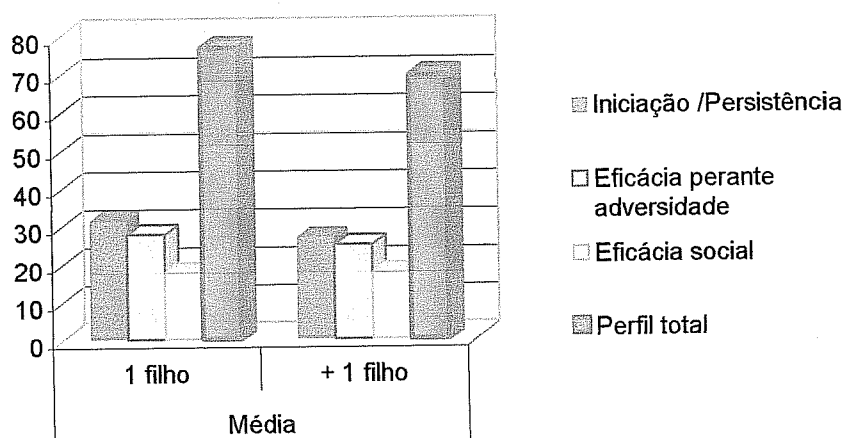
No sentido de verificar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney (z), quer no perfil total, quer nas diferentes sub-escalas do suporte social.

Encontraram-se diferenças significativas entre os dois grupos ao nível do perfil total da escala z (59)=-1,791; p=0,073

**As mães com mais que um filho apresentam níveis mais baixos de satisfação com o seu suporte social, em relação às mães com um só filho.**

**Tabela 3 - Estatísticas descritivas para a escala de Auto eficácia de acordo com o nº de filhos**

	Média		D. Padrão		V. Máximo		V. Mínimo	
	1 filho	+1 filho	1 filho	+1 filho	1 filho	+1 filho	1 filho	+1 filho
<i>Iniciação /Persistência</i>	31,4	27,0	5,3	6,5	39	38	21	16
<i>Eficácia perante adversidade</i>	27,8	24,9	4,7	5,8	33	33	18	13
<i>Eficácia social</i>	17,7	17,6	4,3	3,6	27	26	8	10
<i>Perfil total</i>	76,8	69,5	12,0	14,1	95	96	54	39



No sentido de verificar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney (z), quer no perfil total, quer nas diferentes sub-escalas de auto-eficácia, excepto na sub-escala iniciação e persistência, que por características da distribuição dos dados, se mostrou mais conveniente a aplicação do teste t de student para amostras independentes.

Encontraram-se diferenças significativas entre os dois grupos ao nível do perfil total da escala  $z(59) = -1,928$ ;  $p = 0,054$  ; na sub-escala eficácia perante adversidade  $z(59) = -1,920$ ;  $p = 0,055$

**As mães com mais que um filho apresentam uma percepção de eficácia mais baixa em comparação com as mães com um só filho.**

## Parte B

Procurou investigar-se a existência de uma correlação significativa entre as diferentes variáveis em estudo, para o total de participantes, utilizando um nível de significância de 0,05 e 0,01.

**Tabela 4:**

Variáveis	Stress	Depressão	Ansiedade	Suporte Social Total
<b>Auto Eficácia Total</b>	-0,44**	-0,59**	-0,39**	0,44**
<b>Stress</b>		0,72**	0,63**	-0,37**
<b>Depressão</b>			0,63**	-0,33**
<b>Ansiedade</b>				-0,41**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

De acordo com a tabela 4, encontramos uma correlação negativa significativa ( $p < 0,01$ ) entre as variáveis Depressão, Ansiedade e Stress e a Auto-eficácia. Do mesmo modo as mesmas variáveis (Depressão, Ansiedade e Stress) apresentam correlação significativa negativa com o Suporte Social.

A mesma tabela, permite referir a presença de correlação significativa ( $p < 0,01$ ) nas diferentes combinações entre as variáveis Depressão, Ansiedade e Stress. A par, salienta-se a existência de

correlação positiva significativa entre a auto-eficácia e o Suporte Social.

Tendo presente que as escalas de Suporte Social e de Auto-Eficácia são constituídas por diferentes sub-escalas, tentamos averiguar as correlações destas com as restantes variáveis.

**Tabela 5:** correlações entre as diferentes variáveis

	A. E. Total	I.P	E.P.A.	E.S.	Stress	Depressão	Ansiedade	Suporte Social Total
I.P.	0,92**		0,80**	0,46**	-0,41**	-0,61**	-0,36**	0,32*
E.P.A.	0,92**	0,80**		0,51**	-0,38**	-0,51**	-0,39**	0,44**
E.S.	0,71**	0,46**	0,51**		-0,34**	-0,37**	-0,25	0,39**
S.A.	0,40**	0,31*	0,40**	0,35**	-0,31*	-0,30*	-0,31*	0,83**
I	0,35**	0,25	0,37**	0,30*	-0,27*	-0,28*	-0,35**	0,85**
S.F.	0,16	0,11	0,19	0,13	-0,26	-0,09	-0,41**	0,66**
A.S.	0,33**	0,25	0,29*	0,37**	-0,25	-0,29*	-0,15	0,60**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

(A.E. Total – Auto-Eficácia Total; I.P. – Iniciação/Persistência; E.P.A.- Eficácia perante Adversidade; E.S. – Eficácia Social; S.A.- Satisfação Amizade; I.- Intimidade; S.F.- Satisfação Família; A.S. – Actividades Sociais)

Podemos verificar dentro das sub-escalas da escala de Auto-Eficácia a existência de uma correlação negativa significativa entre as

variáveis Iniciação/persistência; Eficácia perante Adversidade com as variáveis Stress, Ansiedade e Depressão. No que diz respeito à variável da Eficácia Social esta apenas apresenta correlação significativa negativa com as variáveis Stress e Depressão.

No que diz respeito às sub-escalas do suporte social, apenas foram encontradas correlações negativas significativas para as variáveis de Intimidade e Satisfação Familiar na relação com a variável Ansiedade.

Apresentam correlação significativa positiva, todas as variáveis relacionadas com a escala de Suporte Social à exceção da de Suporte Familiar relacionada com Auto Eficácia. Também foram encontradas correlações positivas significativas entre as variáveis: Satisfação amizade com Eficácia perante adversidade e Eficácia Social e Intimidade; Actividades Sociais e Eficácia Social.

Salienta-se a ausência de correlações significativas entre a variável Suporte Familiar e todas as variáveis que digam respeito à variável da Auto-Eficácia aqui estudadas

## Análise da consistência das diversas escalas

### Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

	$\alpha$
<i>Depressão</i>	0,87
<i>Ansiedade</i>	0,79
<i>Stress</i>	0,86
<b><i>DAS (total)</i></b>	<b>0,93</b>

### Escala de Satisfação com o Suporte Social

	$\alpha$
<i>Satisfação amizade</i>	0,73
<i>Intimidade</i>	0,68
<i>Satisfação família</i>	0,64
<i>Actividades Sociais</i>	0,66
<b><i>Sat. Suporte Social (total)</i></b>	<b>0,83</b>

### Escala de Avaliação de Auto-Eficácia

	$\alpha$
<i>Iniciação/Persistência</i>	0,74
<i>Eficácia perante adversidade</i>	0,79
<i>Eficácia Social</i>	0,23
<b><i>Auto Eficácia (total)</i></b>	<b>0,85</b>

Uma vez que o  $\alpha$  total é  $> .80$ , em cada uma das escalas, estas apresentam uma boa consistência interna, podendo ser consideradas sensíveis e válidas.

## *Discussão*

A investigação realizada, teve como objectivo avaliar se existiam, ou não, diferenças significativas na adaptação ao nascimento de um filho, entre mulheres que estavam a ser mães pela primeira vez e mulheres que já tinham outros filhos.

Para tal, baseamo-nos no constructo, desenvolvido por Honrado, A. e Leal, I. (2001), de *Adaptação Materna*, assente num conjunto de cinco variáveis psicológicas: Depressão, Ansiedade, Stress; Suporte Social e Auto-eficácia.

Através da análise estatística efectuada, encontramos diferenças significativas apenas para as variáveis de Suporte Social e Auto-eficácia, indicando que a adaptação ao nascimento de um filho, difere nestes dois aspectos, consoante, se é mãe pela primeira vez ou já tenha outros filhos.

Face aos resultados obtidos, na escala de Auto-Eficácia, verificamos que as mães com mais que um filho apresentam uma percepção de eficácia mais baixa.

Tais resultados, são concordantes com os resultados obtidos por Honrado, A. e Leal (2001) que verificaram que as mães de filhos múltiplos, apresentavam menor auto-eficácia em relação às mães de filhos singulares.

Na falta de termos dados, em outras investigações, sobre esta variável, que possamos estabelecer comparações, podemos formular algumas considerações, no sentido de dar significado aos resultados.

Aquando da fase inicial deste trabalho, pensou-se que as múltiparas se poderiam sentir mais capazes, uma vez que beneficiavam da experiência de já terem cuidado de outras crianças.

No entanto, fazendo uso da reflexão teórica anterior, podemos lembrar o conceito de auto-eficácia de Bandura (1982), relacionando-o com as dificuldades atribuídas pelo indivíduo às tarefas com que se depara em determinados momentos da sua vida. Corroborando esta definição, Pires (1997) descreve a auto-eficácia materna como a sensação de capacidade das mães para cuidar de crianças. Podemos, de acordo com o comentário de Soifer (1980), pensar no acréscimo de trabalho que se coloca às mães com mais do que um filho.

Estas mães, têm de acordo com Canavarro (2001) mais uma tarefa de desenvolvimento, que implica o reavaliar e reestruturar a relação com os filhos, percebendo suas diferenças e características particulares.

O nascimento de uma criança é uma situação que implica a mobilização de estratégias adaptativas da parte da mãe, estando dependente para o efeito da percepção de eficácia que esta tenha do seu desempenho. No caso das mães com mais que um filho poderão ter mais dificuldade em prestar cuidados a mais do que uma criança ao mesmo tempo, com necessidades diferentes. Paralelamente, neste grupo poderá ser sentida a dificuldade de gestão de tempo. Lederman (1997 in Canavarro 2001) reforça estas considerações através do questionar à cerca da capacidade física para cuidar, em simultâneo, de duas ou mais crianças, da gestão da relação das duas ou mais crianças e da capacidade para amar de igual modo as várias crianças.

Toda esta situação, poderá levar a mãe a tentar desenvolver de forma mais exaustiva as estratégias adaptativas, à nova situação, constituindo uma hipótese explicativa para os resultados encontrados. Embora autores como Pires (1997) chamem atenção para o possível aparecimento neste grupo de maiores níveis de stress, ansiedade ou depressão; nós apenas podemos falar em tendência, mas corroboramos a ideia de forte correlação entre estas variáveis.

Não podemos deixar de analisar estes resultados, também à luz do instrumento aplicado. A escala de auto-eficácia é uma escala geral, não se reporta ao sentimento que a mãe tem em relação às tarefas que a maternidade lhe trás, nomeadamente dar banho, mudar fralda, estar com o bebé, mas sim a tarefas genéricas do dia a dia. Tal especificidade, poderia hipoteticamente inverter o sentido dos resultados. No caso das multíparas, a experiência anterior seria capaz de lhes promover maior auto-confiança no cuidar do seu bebé. Sugere-se a criação de instrumentos que avaliem este item específico, esclarecendo dúvidas, que estes resultados possam ter originado.

Avaliando a satisfação das mães, relativamente ao suporte social, os resultados obtidos indicam diferenças significativas entre primíparas e as mães que já tinham filhos, encontrando-se estas últimas menos satisfeitas.

Considerando as três funções: apoio emocional, instrumental e de informação (Crockenberg, 1988) e a observação de Ribeiro (1999) de que a não existência de suporte social é fonte de stress e que a perda de suporte social é um stressor, podemos inferir que a cultura ou aquilo que é sentido pela mãe que já tem outros filhos, pode estar novamente a ser corroborado com as suas inquietações; gestão de

tempo e recursos na realização da 7ª tarefa referida por Canavarro (2001).

Culturalmente, o nascimento do primeiro filho na vida de um casal, junta familiares e amigos e requer muitas vezes da parte dos técnicos que acompanham, maior cuidado no suporte informacional (intensidade, frequência), aquando do nascimento do 2º, 3º filho, este suporte esbate-se e é percebido pelas mães como diluído.

Soifer (1980); Colman & Colman (1994) referem que para estas mulheres a chegada a casa, traduz-se numa diminuição de manifestações de carinho e atenção, para dar lugar às obrigações e responsabilidades.

Por um lado, a falta de tempo, a possível alteração de recursos de economia e a convicção de que a mulher já passou primeira vez, pela adaptação a um nascimento, levam ao distanciamento que corrobora o sentimento dela de menor percepção de suporte social.

Pensa-se que a insatisfação, tal como no estudo de Honrado e Leal (2001), não se deve ausência do suporte social efectivo (Crockenberg, 1988), mas à falta de disponibilidade da mãe, para o perceber, aquele de que dispõe ( não é necessariamente menor do existente numa primeira gravidez) como insuficiente.

Quanto às variáveis Ansiedade, Depressão e Stress, as medidas encontradas nos dois grupos não foram muito elevadas e não foram encontradas diferenças significativas. Tal situação, não corrobora os dados de outras investigações (rev. Figueiredo, B. 1997), sendo uma hipótese explicativa, o tamanho da amostra e o modo de recolha dos dados. A amostra foi recolhida na sala de espera da Consulta Infantil, respondendo, as mães, de modo voluntário, tendo muitas recusado o convite.

No intuito de explorar o constructo de Honrado, A. e Leal (2001), achamos que o facto de termos presente correlações significativas entre as variáveis estudadas, traduz uma relação entre elas, consolidando de algum modo, a interdependência esperada pelas autoras.

De acordo, com o enquadramento teórico realizado, e as fortes correlações encontradas, entre as variáveis, achamos pertinente ter em consideração a importância das variáveis de suporte social e auto-eficácia, como factores protectores evitando a aparecimento da patologia na mãe, com todas as suas consequências.

Tal, leva-nos a sugerir a integração de modo consistente deste item no Programa de Saúde Materna a aplicar nos Cuidados de Saúde Primários e a estreita relação com o programa de Saúde Infantil,

através do envolvimento dos técnicos presentes (médicos, enfermeiros, assistente social, etc.). Devemos aqui sublinhar que após o parto, no sistema nacional de saúde, a mulher tem prevista uma consulta para *revisão de puerpério*, entre a 4<sup>a</sup> e a 6<sup>a</sup> semana, depois do nascimento, tendo os técnicos de saúde contacto com ela, nas consultas de Saúde Infantil, Programa de Vacinação.

De modo prático, após avaliação da situação de risco, parece importante tentar encontrar uma forma de intervir no meio, ajudando a proteger mães e filhos, através da criação de grupos de auto-ajuda, a funcionar na comunidade, ou prestando assistência domiciliária quando necessário, como já vem acontecendo noutras áreas dos cuidados de Saúde primários, no âmbito dos cuidados continuados.

Em suma, acreditamos que a participação do Psicólogo numa equipa multidisciplinar, nos cuidados de saúde Primários, no âmbito da Saúde Materna, poderia através da avaliação e apoio psicológico, contribuir para um ajustamento da mãe ao nascimento de um filho, melhorando níveis de stress, ansiedade e depressão, permitindo o aumento de sentimento de eficácia e articulando com outros parceiros, tornando o suporte social percebido mais positivo.

Estamos de acordo com Justo (1990) quando defende que os Centros de Saúde são, pelas suas características de serviço, locais privilegiados para a intervenção familiar e comunitária. Através das equipas multidisciplinares permitem actuar na pessoa humana criando alternativas de reorganização interna, através da optimização dos seus recursos em interacção com o meio.

Terminamos confirmando, através da presente investigação, a ideia de Colman & Colman (1994) de que após o nascimento, o bebé se torna real e que é muitas vezes mais difícil viver com ele do que à partida se poderia imaginar.

## Referências

Afonso, E. (2000, Fevereiro). Dificuldades da mulher no puerpério e apoio nesse período in *Actas 3º congresso Nacional de Psicologia da Saúde, "Psicologia da Saúde nas doenças crónicas"* (pp. 347-380). Lisboa: ISPA

Almeida, J. (1995) Feminino e Masculino in *Análise Psicológica*, 1-2 (XIII) 17-21

Bandura, A. (1982). Self- Efficacy Mechanisms in Human Agency. *American Psychologist*, 37, pp. 122-141

Barrera, M. (1986) Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445

Barros, L. (1992). Intervenção Construtivista e Dialéctica para o Desenvolvimento das Significações Parentais. *Análise Psicológica*, 1(X) 5-17

Boyce, W. (1985). Social support, Family Relations, and Children. In Cohen, S. & Syme, S. (Eds) *Social Support and Health* (pp. 151-174). New York: Academic Press

Brazelton, B.(1992) Tornar-se família . Lisboa: Terramar (Obra original em Inglês, 1992- Edição revista)

Brazelton, B.(1989) A Relação mais Precoce. Os Pais, os Bebés e a Interacção Precoce. Lisboa: Terramar (Obra original em Inglês)

Brites, J.; Moreira, C. & Baptista, A. (2000). Estudo de factores psicossociais relacionados coma Depressão pós-parto in *Actas 3º congresso Nacional de Psicologia da Saúde, "Psicologia da Saúde nas doenças crónicas"* (pp. 347-380). Lisboa: ISPA

Canavarro, M. (2001) Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, M. (Coord.) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17- 50). Coimbra: Quarteto

Collins, N.; Dunkel-Schetter, C.; Lobel, M. & Scrimshaw, S. (1993). Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol.65, nº 6,1243-1258.

Colman, L. & Colman, A. (1994). Gravidez. A Experiência Psicológica. Lisboa: Edições Colibri (Obra original em Inglês, 1991)

Correia, M.J. (1998) Sobre a maternidade. *Análise Psicológica* , 3 (XVI) 365-371.

Couto, A. (1997, Fevereiro/Março) Atitudes e comportamentos das grávidas. Uma díade, por vezes dissonante. In Ribeiro, J. (Eds), 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas, 49-55. Lisboa: I.S.PA.

Crockenberg, S. (1988). Social Support and Parenting. In Fitzgerald, H.; Lester, B. & Yogman, M (Eds.), *Theory and Research in Behavioural Pediatrics* (Vol.4, pp. 141-172). New York: Plenum Press.

Cruz, M. (1990). Encantos e Desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica* , 4(VIII) 367-370.

Cutrona, C & Suhr J (1991) . The Transition to Parenthood and the Importance of Social Support. In Fisher, S. & Cooper, C. (Eds.) *On the move: The Psychology of change and transition*. Londres

Cutrona, C.& Troutman, B. (1986) Social Support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy. A Mediational Model of Postpartum Depression. *Child Development* Vol 57.

Figes, K. (2001). *A mulher e a maternidade*. Lisboa: Editorial Presença (Obra original em Inglês 1998).

Figueiredo, B. (2001). Perturbações Psicopatológicas do puerpério. In Canavarro, M. (Coord.) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-187). Coimbra: Quarteto

Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento da Maternidade. In Soares, I. (Coord.) *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao longo da Vida*. (pp.347-380). Coimbra: Quarteto

Figueiredo, B. (1997). *Depressão Pós-Parto. Interacção Mãe-bebé e Desenvolvimento Infantil*. (pp. 11-142) Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Braga.

Figueiredo, B. (1994). Saúde da Mãe e do bebé durante o Puerpério. *Psicologia da Saúde, Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. Lisboa: APPORT

Gil, M. J. (1998) Dar sem (se) perder. *Análise Psicológica*, 3(XVI) 393-404

Honrado, A. (2001). *Adaptação Materna a uma Situação de Nascimentos Múltiplos*, (Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Josué, A. (1994) *Suporte Social*, in Actas 1º Seminário de Psicologia da Saúde. Lisboa : ISPA

Justo, J. (1990) Gravidez e Mecanismos de Defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4 (VIII) 371-376.

Justo, J. (1990) Psicologia nos Serviços de Saúde. In *A Psicologia nos Serviços de Saúde - Actas do Seminário Abril 1989*, 7-12. Lisboa: Colecção "Temas de Psicologia"

Leal, I. (1997) Transformações sócio-culturais da gravidez e da maternidade: Correspondente transformação psicológica. In Ribeiro, J. (Eds), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Actas*, 201-214. Lisboa: I.S.P.A.

Leal, I. (1990). Nota de Abertura. *Análise Psicológica* 4(VIII) 365-366

Lee, C. (1997). Social context, depression and the transition to motherhood. *British Journal of Health Psychology*. 2, 93-108

Lopes dos Santos, P. (1993). Reacções Ansiosas na Gravidez e Comportamento Interactivo das Mães durante o período Neonatal dos Filhos. *Análise Psicológica* 4(XI) 485-495

Lovibond, P.; Lovibond, S. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Beh. Res. Ther.* Vol33, nº3, pp 335-343, 1995

Lowenstein, M.; Field, T. (1992) Maternal Depression Effects on Infants . *Análise Psicológica* , 1(X) 63-69

Maldonado, M (1997) *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Editora Saraiva (14ª Edição)

Mcintyre, T.; Carvalho, P.& Milhazes, G. (1995). Ansiedade e Depressão no Processo Gravídico: Dados Preliminares In Ribeiro, J. (Eds), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas*, 231-252. Lisboa: I.S.P.A.

Nicolson, P. (2000) Competing explanations of postpartum depression: What are the benefits to women? in Ussher, J. (Eds), *Women's Health* 320-328. London: BPS Books

Nogueira, C.; Mesquita, A (1992). Auto-Eficácia e Ansiedade: Aplicações na Consulta Psicológica. *Jornal de Psicologia*, 10, 3, 16-22

O'Hara, M. (1987). Postpartum "blues", Depression and Psychosis: A Review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 7, pp.205-227

Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica*, 2-3(XII) 333-339

Pereira, M.G.; Santos, A.; Ramalho, V. (1999) Adaptação à gravidez: Um estudo Biopsicossocial in *Análise Psicológica*, 3(XVII) 583-590 Lisboa:ISPA

Pires, A. (1997). *A Percepção que a Mãe tem do Temperamento do Bebê: Desenvolvimento da Percepção e a sua relação com o Comportamento da Criança, e o Comportamento, Irritabilidade e Auto-Eficácia maternas.* (pp. 221-254). Dissertação apresentada à Universidade do Porto, Porto.

Pires, A. (1992) A Irritabilidade nas relações parentais. *Análise Psicológica*, 1(X) 91-103

Rato, P. (1998) Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 3(XVI) 405-413

Ribeiro, J.L. (1999) *Investigação e avaliação em psicologia e saúde.* Lisboa: CLIMEPSI Editores

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

Ribeiro, J.L. (1995) Adaptação de uma Escala de Avaliação de Auto-Eficácia Geral. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* 1995,3, 163-176

Ribeiro, M.; Teixeira, J. (1997) Intervenção psicológica em programas de saúde materno-infantil no sistema de cuidados de saúde materna. In Ribeiro, J. (Eds), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Actas*, 399-413. Lisboa: I.S.P.A.

Sá, E. (1997). *Manual de Instruções para uma Família Feliz*. Lisboa: Fim de Século

Sá, E. (1997). *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de Século

Sarason, I.; Sarason, B. & Pierce, G. (1988) Social support, personality, and health. In Maes, S. Spielberg, Defares, P. & Sarason G. (Eds) *Topics in Health Psychology*, pp. 245-256. New York

Serra, A. (2002). *O Stress na vida de todos os dias* (pp. 18;117-142; 247-264; 323-364; 529-572). Coimbra: Adriano Vaz Serra (2ª edição)

Serra, A. (1980). Tema de Actualização: O que é a Ansiedade? *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 93-104

Soifer, R. (1992). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original em Espanhol, 1977)

Stern, D.; (1980) Aprendendo sobre coisas humanas In *Bebé Mãe: Primeira relação humana*, pp 7-14. (Obra original em inglês, 1977). Lisboa: Edições Salamandra, Lda.

Stern, D.; (1980) O repertório da mãe in *Bebé Mãe: Primeira relação humana*, pp. 15-44 . (Obra original em inglês, 1977). Lisboa: edições Salamandra, Lda.

Stern, D.; (1980) Do laboratório à vida real in *Bebé Mãe: Primeira relação humana*, pp 68-94 . (Obra original em inglês, 1977). Lisboa: Edições Salamandra, Lda.

Stern, D.; Stern, N. (2000) A sua carreira: Para quando? in *Nascimento de uma mãe* pp. 217-229. Porto: Âmbar (Obra original em Inglês, 1998)

Stern, D.; Stern, N. (2000) Maridos e pais in *Nascimento de uma mãe* 231-247. Porto: Âmbar (Obra original em Inglês, 1998)

Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e Pós-Parto. *Análise Psicológica* . 4 (VIII) 389-398

Wilkinson, R. (1999). Mood changes in mothers and fathers through childbearing: Are Blues so Blue?. *Psychology and Health*. Vol. 14, 847-858

Woollett, A.; Marshall, H. (2000) Motherhood and Mothering. In Ussher, J. (Eds) *Women's Health* 312-320. London: BPS Books

*Anexos*

Inserido num Projecto de Investigação sobre “*Adaptação Materna*” pedimos a sua colaboração para responder a alguns questionários. Todos os questionários são anónimos e confidenciais, pelo que não deve identificar-se. Leia por favor as instruções de cada questionário. Lembre-se sempre que **não existem** resposta certas ou erradas, apenas pretendemos a sua **opinião sincera**.

Desde já agradecemos a sua colaboração

## Questionário Demográfico

Idade : \_\_\_\_\_

Habilitações literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Raça:

Branca  Negra  Outra

Estado civil:

Solteira   
Casada ou a viver maritalmente   
Divorciada   
Viúva

Número de filhos:

Data de Nascimento	Sexo

A última gravidez foi planeada?

Sim  Não

Na última gravidez, esteve sob vigilância médica?

Sim  Não

Onde? Centro de Saúde   
Hospital   
Médico Particular

O parto foi às \_\_\_\_\_ semanas de gestação.

O parto foi:

Normal   
Cesariana   
Prematuro

Houve complicações durante ou após o parto?

Sim  não

Quais? \_\_\_\_\_

**Instrução:** Para cada uma das frases que vai ler em seguida, assinale com uma cruz o quadrado que melhor indica até que ponto cada uma das frases se aplicou a si durante a última semana. Não existem respostas certas ou erradas.

1. Dei por mim a ficar aborrecido com coisas triviais do dia a dia	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
2. Senti a minha boca seca	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
4. Senti dificuldades em respirar (por ex.: respirar de modo excessivamente rápido ou falta de ar na ausência de exercício físico)	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
5. Parecia-me não estar a conseguir ir mais além	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
6. Tive tendência a reagir em demasia a determinadas situações	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
7. Senti-me a fraquejar (por exemplo, sem forças nas pernas)	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
8. senti dificuldade em me relaxar	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
9. Estive em situações que me provocaram tanta ansiedade que fiquei aliviado quando consegui sair delas	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
11. Dei por mim a ficar aborrecido com grande facilidade	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
12. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
13. Senti-me triste e deprimido	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
14. Dei por mim a ficar impaciente quando me faziam esperar (por ex.: nos elevadores, semáforos ou qualquer outra situação em que tive que esperar)	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
15. Tive sensações de desmaio	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
16. Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
18. Dei por mim a ficar agitado	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
19. Tive suores intensos (por exemplo, mãos suadas) que não foram provocados por temperatura elevada ou por exercício físico	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
21. Senti que a vida não valia a pena	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo

22. Tive dificuldade em me acalmar	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
23. Tive dificuldade em engolir	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
24. Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
26. Senti-me desanimado e melancólico	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
27. Senti-me muito irritável	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
28. Senti-me quase a entrar em pânico	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
29. Senti dificuldade em acalmar-me depois de algo que me aborreceu	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
30. Tive medo de não conseguir enfrentar tarefas simples porque não estou familiarizado com elas	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
31. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
32. Tive dificuldade em tolerar ser interrompido no que estava a fazer	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
33. Estive num estado de tensão nervosa	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
34. Senti que não tinha valor	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
35. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar o que estava a fazer	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
36. Senti-me aterrorizado	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
37. Não consegui ver nada no futuro para ter esperança	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
38. Senti que a vida não tinha sentido	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
39. Senti que por vezes estava sensível	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
40. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
41. Senti temores (por exemplo, nas mãos)	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
42. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	Não se aplicou	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo

**Instrução:** As afirmações seguintes referem-se às expectativas que as pessoas podem ter acerca da sua capacidade de realização em determinadas situações ou relativamente a dadas tarefas. Para cada afirmação, assinale com uma cruz no quadrado que mais se parece com a sua maneira de ser. Não existem respostas certas ou erradas.

1. Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realiza-los	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
2. Quando não consigo fazer uma coisa à primeira, insisto e continuo a tentar conseguir	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
3. Tenho dificuldades em fazer novos amigos	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
4. Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
5. Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
6. Sou uma pessoa auto-confiante	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
7. Não me sinto capaz de enfrentar muito dos problemas que se me deparam na vida	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
8. Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
9. Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
10. Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de fazer amizade com essa pessoa	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
11. Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
12. Desisto facilmente das coisas	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
13. As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer novos amigos	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
14. Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente
15. Um dos meus problemas é que não consigo fazer as coisas como devia	Discordo Totalmente	Discordo Bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo Totalmente

**Instrução:** A seguir encontra várias afirmações, seguidas de cinco números. Marque uma cruz no quadrado melhor corresponde à sua forma de pensar. Responda a cada item o mais honestamente possível, pois não existem respostas certas ou erradas.

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