

1120
3360

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DM
HONR/A1

Mestrado em Psicologia da Saúde

**Adaptação Materna a uma Situação de
Nascimentos Múltiplos**


TESE DE MESTRADO

Ana Alexandra Jorge Duarte Honrado

Orientador: Prof^ª. Doutora Isabel Leal

JUNHO de 2001

Doc.

 ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Centro de
Documentação

Registo: 14438
Data: 13/11/2003

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

1

Índice

INTRODUÇÃO	pág. 1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
O Momento da Gravidez Múltipla	pág. 6
1. Do ponto de vista físico	pág. 9
2. Do ponto de vista psicológico	pág. 12
Nascimento Múltiplos e o Momento do Pós-Parto	pág. 16
Adaptação Materna	pág. 28
1. Depressão, Ansiedade e Stress	pág. 31
2. Suporte Social	pág. 47
3. Auto-Eficácia	pág. 58
Questão de Investigação	pág. 69
METODOLOGIA	
Participantes	pág. 70
Material	pág. 74
1. Questionário de Identificação	pág. 76
2. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress	pág. 76
3. Escala de Satisfação com o Suporte Social	pág. 82
4. Escala de Avaliação da Auto-Eficácia	pág. 84
Procedimento	pág. 86
Resultados	pág. 89

Discussão pág.97

Conclusão pág.103

Referências pág.107

ANEXOS

Anexo 1- Carta de Apresentação

Anexo2 - Instrumentos

Agradecimentos

Na concretização de um sonho existem sempre pessoas que dão a sua valiosa contribuição. É para elas que deixo o meu agradecimento:

À *Prof^a Isabel Leal*, pelas valiosas orientações, apoios e incentivos transmitidos, que permitiram na realização deste trabalho uma realidade gratificante.

Ao *Prof. Pais Ribeiro*, pelo precioso apoio dado no tratamento estatístico e por toda a disponibilidade demonstrada.

Às *mães* que aceitaram participar neste trabalho e que são a razão do seu motivo.

À minha família e amigos, por estarem sempre presentes e por toda a compreensão demonstrada nos momentos mais difíceis.

A todos aqueles que me ensinaram a nunca deixar de aprender...

Obrigado!

Resumo

Neste trabalho é apresentado um estudo exploratório sobre a adaptação materna a uma situação de nascimento múltiplo, ou seja, o nascimento de duas ou mais crianças. O objectivo do trabalho pretende perceber se existem diferenças significativas entre a adaptação de uma mãe ao nascimento de duas ou mais crianças e a adaptação de uma mãe ao nascimento de uma criança, tendo para isso sido utilizados como instrumentos de avaliação a Escala de Depressão Ansiedade e Stress, a Escala de Satisfação de Suporte Social e a Escala de Auto-Eficácia Geral. Procurou-se comparar os dois grupos de mães em relação aos níveis de depressão, ansiedade e stress, suporte social e auto-eficácia.

Os resultados obtidos revelam que a adaptação materna a uma situação de nascimento múltiplo difere da adaptação materna a uma situação de nascimento singular, uma vez que foram encontradas diferenças significativas entre as duas situações. As mães de filhos múltiplos apresentaram níveis superiores de depressão, ansiedade e stress; revelaram uma menor satisfação com o seu suporte social; e, apresentaram uma menor percepção de auto-eficácia, em comparação com as mães de filhos singulares. Os resultados foram discutidos à luz da literatura e das implicações para futuros estudos.

Abstract

This work presents a study about motherhood adaptation to a multiple birth situation, in other words, to the birth of two or more babies. The main objective of this work is to understand if there are clear and significant differences between the adaptation of a mother to a multiple birth and the adaptation to the birth of a single child. To pursue this objective several assessment tools were used, such as the Scales of Depression, Anxiety and *Stress*, the Scale of Satisfaction of Social Support, and the Scale of General Self-Efficacy, with the aim

to compare the two groups of mothers in what concerns the depression levels, anxiety and stress, social support and self-efficacy.

The results found show that a mother adaptation to a multiple birth situation is considerably different than the adaptation to a single birth since a significative difference between the two situations was detected. The mothers of multiple children show higher levels of depression, anxiety and stress; moreover, they reveal less satisfaction concerning the social support; and less perception of self-efficacy when compared to a single child birth mother. These results were deeply discussed based on the literature and based on the implications for further research.

Introdução

O período do pós-parto é um período que desperta na mãe um turbilhão de emoções, pois é nesta fase que se concretizam as fantasias surgidas durante a gravidez. O bebé imaginado ao longo de nove meses torna-se real, solicitando a atenção e cuidados dos pais, que necessitam de realizar ajustamentos à sua rotina. Neste tempo, que se segue ao nascimento de um filho, os pais vão ter que realizar uma série de adaptações e ajustamentos à nova situação.

Com base na literatura, o conceito de adaptação é definido como uma propriedade verdadeiramente fundamental dos seres vivos. No entanto, não parece existir uma lei geral que explique a adaptação de forma inteiramente satisfatória e ofereça respostas a todas as interrogações que o fenómeno suscita.

Definir adaptação não é tarefa fácil. Quando pensamos sobre esta temática e sobre o que ela representa, ocorre a ideia de uma «nublosa conceitual» (Neto, 1985), uma vez que em torno dela gravitam uma série de outros conceitos como, ajustamento, acomodação, assimilação.

A adaptação não se trata de um conceito que possa ser reclamado como pertença de uma ciência ou de um corpo de saberes específicos, na medida em que é atravessada por uma variedade de enfoques disciplinares, que a tornam tão confusa nas explicações que a partir deles podemos elaborar.

Foi no século XIX que surgiu o conceito de adaptação, directamente relacionado com as teorias evolucionistas. Neste contexto, a adaptação remete para um processo de ajustamento dos seres vivos às condições do ambiente em que vivem. Ainda que de modo diferente, Lamarck e Darwin salientam, respectivamente, que as transformações decorrentes da

adaptação ao mundo externo se podem transmitir hereditariamente e que a espécie mais bem adaptada ao meio seria aquela que possui as estratégias mais eficazes para assegurar a sobrevivência do maior número de indivíduos e o sucesso reprodutor dos mesmos. Cabe assim à biologia evolutiva e à etiologia clássica o aparecimento deste conceito.

A fisiologia, através de Cannon (1932) identifica a adaptação ligada à busca de um equilíbrio interno do organismo (homeostasia), enquanto que Selye (1956) elabora a Teoria do Síndrome Geral de Adaptação, segundo o qual é possível verificar num organismo um conjunto de alterações psicofisiológicas sempre que ele se encontra sob a ameaça de agentes nocivos.

Dentro da Psicologia, a teoria da vinculação de Bowlby foi fortemente influenciada pela teoria da impregnação dos etólogos objectivistas. Na realidade, a sua construção teórica encontra-se, num sentido mais lato, relacionada com a teoria da evolução. De facto, este autor não hesita em postular que *"na espécie humana, houve uma selecção que predisps o descendente do homem a livrar-se dos seus predadores: os comportamentos seleccionados seriam aqueles através dos quais o recém-nascido induz e mantém proximidade e o contacto com a mãe, isto é, os comportamentos de vinculação. Mas, para que a proximidade e o contacto indispensáveis à sobrevivência do recém-nascido se efectuem, é necessário que o adulto responda rapidamente e de forma adequada aos comportamentos de vinculação do recém-nascido, que teriam o valor de sinais específicos. Aí reside, claramente, um dos fundamentos da etiologia clássica: para benefício da espécie, o ajustamento «espontâneo» é recíproco entre os comportamentos inatos para o filho reconhecer a mãe e os comportamentos predeterminados para a mãe reconhecer as características e necessidades do filho"* (Montagner, 1993; p.39).

Quando entramos dentro do campo da Psicologia, verificamos que a definição do conceito de adaptação se torna ainda mais complicada e confusa. Tal como refere Neto (1985),

se *"a noção de adaptação suscita insatisfação entre os biólogos, o problema complica-se muito mais quando se passa aos aspectos psicológicos e sociais da adaptação humana, pois esta não se reduz só à conservação da vida."* (op. cit. p.27),

Em Psicologia, o conceito de adaptação parece estar ligado ao modo como os indivíduos reagem perante diferentes situações. Ela existe em função da personalidade do indivíduo, da sua história pessoal e da sua própria "plasticidade", isto é, à forma como num dado momento e em função de determinado meio, o indivíduo ajusta o seu comportamento à situação, tendo presente a flexibilidade das estruturas e esquemas comportamentais construídos ao longo dos anos e empregues em situações mais ou menos idênticas (Silamy, 1980).

No nosso estudo pretendemos definir o conceito de adaptação materna, pelo que fomos em busca de uma definição para este conceito, que vimos ser um conceito vago e que é geralmente abordado em termos relacionais, dependendo de características da mãe e do bebé.

Quando um bebé nasce, o período do pós parto é, geralmente, marcado por uma grande imprevisibilidade para a maioria das mães: não sabem quando vão poder dormir descansadas; quanto tempo vai estar o bebé sem chorar ou sem sentir fome; quando vai ter as fraldas sujas. Todos estes sentimentos se agravam quando em vez de nascer apenas um bebé, nascem dois ou mais. Todas as novas responsabilidades e necessidades ficam proporcionalmente acrescidas, o que pode dificultar a tarefa de adaptação da mulher ao seu novo papel de mãe. Todo um conjunto de alterações vão ser introduzidas na rotina diária da mulher, que vai ter que aprender a lidar com esta nova situação, toda ela diferente de quando se trata apenas do nascimento de uma só criança. Assim sendo, a adaptação normal à transição para a maternidade é incrivelmente complexificada com o nascimento de mais que uma criança (Goshen-Gottstein, 1976; in Menzel & Rotnem, 1990).

Por constituir uma situação pouco frequente, mas que tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, foi nosso objectivo tentar perceber como as mulheres que têm mais que um filho lidam com essa situação, não encarando o «lidar com» no registo das estratégias de *coping*, mas através de um outro conjunto de variáveis, que a nosso entender constituem bons indicadores da forma como a mulher sente e vivencia esta situação.

Deste modo, vamos definir o conceito de "Adaptação Materna" como um constructo que agrupa um conjunto de cinco variáveis psicológicas, que consideramos bons indicadores do nível de adaptação de uma mulher a uma situação de nascimentos múltiplos: Depressão, Ansiedade, *Stress*, Suporte Social e Auto-eficácia. Importa salientar que a nossa abordagem sobre a adaptação materna, não se pretende enquadrar num contexto relacional (díade mãe-bebé), de adaptação da mãe às características do filho, mas da capacidade de adaptação da mulher a uma situação específica: o nascimento de duas ou mais crianças.

O conceito de adaptação empregue no nosso estudo é-o feito numa acepção muito particular, uma vez que é avaliado através de um conjunto de variáveis que a nosso entender, retratam adequadamente a adaptação da mãe a esta situação específica de nascimento múltiplo.

Na medida em que se trata de um estudo comparativo, pretendemos verificar se existem variações de intensidade e qualidade das variáveis psicológicas, numa situação de nascimentos múltiplos e nascimentos singulares, através de um conjunto de instrumentos que nos permitam medir essas mesmas variáveis.

Tal como foi referido anteriormente, as gravidezes múltiplas e conseqüentemente, os nascimentos múltiplos, têm vindo a aumentar ao longo da última década, ainda que continuem a ser acontecimentos raros ou pouco frequentes. Em Portugal, são ainda muito escassos os trabalhos realizados nesta área específica, principalmente no que se refere ao campo da psicologia. Mediante tal situação, e porque acreditamos na importância da realização de

estudos neste domínio, realizámos um estudo sobre a adaptação materna a uma situação de nascimentos múltiplos. Por se tratar de um vasto campo de investigação, onde praticamente tudo está por explorar, delimitámos o nosso conceito de adaptação com base nas variáveis psicológicas acima referidas.

Na nossa abordagem teórica tentámos descrever todo o caminho que vai desde o momento da gravidez até ao nascimento de uma criança, quer na situação de gravidez simples, quer na situação de gravidez múltipla, para posteriormente passar a uma descrição da adaptação materna com base nas cinco variáveis em estudo.

Posteriormente, realizámos a parte prática do nosso estudo, onde após ter sido referida a metodologia utilizada e os dados terem sido tratados estatisticamente, apresentamos e discutimos os resultados obtidos.

Finalmente, chegamos às conclusões e sugestões para posteriores estudos a serem desenvolvidos nesta área.

Enquadramento Teórico

O Momento da Gravidez Múltipla

A gravidez, que se refere ao período de aproximadamente 40 semanas, que medeia entre a concepção e o parto, é um estágio de desenvolvimento relativamente curto que inaugura um estágio muito longo: a condição de se ser mãe ou pai (Colman, 1991). Nesta fase, toda a espectacularidade vai para as alterações físicas da mulher, uma vez que tudo se passa «dentro» de si, pelo que este período se constitui como um momento particular de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que ele contém: vida (Leal, 1990).

Esperar um filho faz parte do desenvolvimento normal da mulher e marca sem dúvida uma etapa importante da sua vida, uma vez que se apresenta como um «*desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade*» (Gomes-Pedro, 1988; p.21). Para se adaptar a este estado "a mulher tem que passar por muitas ansiedades, tem de incorporar o feto como parte do seu esquema corporal e acostumar-se a diferentes ritmos biológico, hormonal e fisiológico" (Cruz, 1990; p.367).

Desde há muitos séculos que a fecundidade foi tida como um bem divino (Cruz, 1990) e como tal, gravidez e maternidade têm sido estudadas como fases de desenvolvimento de grande importância. Tal como a gravidez simples tem sido alvo de grandes investigações, quer em termos físicos, quer mais tarde em termos psicológicos, também ao longo da história foram várias as tentativas realizadas no sentido de descobrir como ocorre o fenómeno do nascimento dos gémeos. Segundo nos descreve Dias e seus colaboradores (1996), vários autores do séc. XIX e XX construíram fórmulas para calcular a probabilidade de ocorrência espontânea de uma gestação gemelar, trigemelar e de ordem superior. No entanto, a frequência real é desconhecida, pois é impossível contabilizar todas as gestações que

abortaram espontaneamente ou foram voluntariamente interrompidas. Na realidade, são concebidos muitos mais gémeos do que aqueles que chegam efectivamente a nascer: com o aparecimento da ecografia e da rotina de cuidados pré-natais de acompanhamento da gravidez, foi possível verificar que uma percentagem elevada de gravidezes que começam como gemelares, acabam com um único bebé.

Ao longo das últimas décadas, a incidência de gravidez múltipla tem vindo a aumentar. Se consideramos como factores predisponentes, a hereditariedade materna e paterna, o aumento da idade materna (frequência mais elevada entre os 35-40 anos), assim como o número de partos, podemos acrescentar que este fenómeno é igualmente uma consequência dos vários tratamentos de infertilidade e das novas tecnologias de Reprodução Medicamente Assistida (RMA). Sabemos também que a taxa de gémeos varia conforme o país e o ano de referência, sendo essa taxa maior na população negra e menor na população asiática. A incidência de gémeos tem crescido numa constante em todos os países desenvolvidos desde os anos 80, enquanto que o nascimento de trigémeos teve uma subida de valores muito rápida desde essa altura. Este aumento do número de nascimentos de ordem superior representa uma consequência mais directa dos tratamentos de infertilidade e das RMA, apesar de alguns terem na sua origem causas naturais.

A decisão de ter um filho resulta da interacção de variados factores, uns mais conscientes que outros, nomeadamente, o aprofundar e dar expressão criativa a uma relação homem-mulher importante (Maldonado, 1997); o desejo de ser completo e onnipotente; o desejo de realização de ideais e oportunidades perdidas; o desejo de se rever no filho; o desejo de renovar velhas relações (Brazelton, 1987); dar um filho à própria mãe (Colman, 1991); preencher o vazio de um companheiro (Maldonado, 1997); buscar uma extensão de si própria - o filho com a missão de preencher desejos e lacunas da vida dos pais; preencher um vazio interno - mulheres que desejam ficar permanentemente grávidas e definem a gravidez como o

"*melhor período de vida*", deprimindo-se após o parto e tentando uma nova gravidez logo de seguida (Videla, 1990, cit. Por Maldonado, 1997). Entre o projecto de engravidar, o desejo de ficar grávida e a gravidez, tem que existir um tempo de adaptação, onde é necessária disponibilidade psíquica da mulher para o acolhimento da criança no seu corpo.

No entanto, quando um casal planeia ter um filho, não planeia ter gémeos ou mais, mesmo quando se trata de um casal infértil que fez transferência de dois ou três embriões. Apesar de nesta situação, bem como no caso de famílias onde já haja gémeos, alguns casais terem uma certa ideia de que tal possa acontecer, por terem sido alertados para esta possibilidade, o diagnóstico de uma gravidez múltipla vem sempre como um choque. Provavelmente, este choque será maior em situações de gravidez espontânea, pois os casais que durante anos tentaram de tudo para ter um filho, podem se sentir afortunados com a possibilidade de poder ter mais que um filho de uma só vez.

Neste sentido, parece que a gravidez múltipla é no mínimo uma consequência aceitável para a maioria dos pacientes inférteis, apesar de muito poucos casais optarem por ter semelhante quantidade. Segundo Mortimer (1998), parece igualmente que para a população em geral, a gravidez múltipla é um dos efeitos positivos da concepção medicamente assistida, uma vez que é encarada como um final bem sucedido para quem lutou tanto para ter um filho.

A ideia da «*família instantânea*»¹ é charmosa e irresistível para o público, que se delicia com histórias de revistas onde as famílias com gémeos, trigémeos ou de ordem superior, são entrevistadas e permitem aos leitores ficarem deliciados com histórias e imagens ternurentas de várias crianças ao colo de uma mãe, vários conjuntos de roupa, berços, sapatos, etc. No entanto, a gravidez e o nascimento de bebés múltiplos é muito mais que uma história de revista...

¹ eram dois (mãe e pai) e de repente já são 4,5

1. Do ponto de vista físico...

Entende-se por gravidez múltipla uma gravidez em que a mulher carrega dois ou mais fetos na mesma gestação. A gravidez múltipla pode ocorrer de modo natural ou de modo artificial, sendo muito raro ocorrer gravidez múltipla natural com mais de três fetos.

Verdadeiros ou Falsos?

Alguns gémeos são dois irmãos com a particularidade de terem sido concebidos ao mesmo tempo; outros começam por ser apenas um, dividindo-se apenas algum tempo depois do óvulo ter sido fecundado pelo espermatozoide. Os primeiros são vulgarmente conhecidos por gémeos falsos, enquanto que os segundos costumam se chamar gémeos verdadeiros. Cientificamente, são designados respectivamente por dizigóticos e monozigóticos.

Os gémeos monozigóticos (verdadeiros) resultam da fertilização de um só óvulo por um só espermatozoide, dando origem a duas massas celulares, contendo material genético idêntico: são dois gémeos semelhantes, com o mesmo sexo, com o mesmo grupo sanguíneo. Os gémeos dizigóticos (falsos), resultam da fertilização de dois óvulos diferentes, por dois espermatozoides diferentes. Estes gémeos são semelhantes entre si como quaisquer outros irmãos, pois receberam informação genética diferente quer da mãe quer do pai. As gestações múltiplas de três ou mais fetos podem, do mesmo modo, resultar da fecundação de apenas um óvulo ou de múltiplos ovos.

Os gémeos dizigóticos possuem um saco amniótico e uma placenta individual, pelo que são biamnióticos e bicoriônicos. Nos gémeos monozigóticos, o tipo de placenta varia consoante a fase em ocorreu a divisão do ovo. Quando a divisão ocorre 72h após a fertilização, formam-se (tal como nos gémeos dizigóticos), dois embriões, dois sacos

amnióticos e duas placentas, designando-se por isso também por biamnióticos e bicoriônicos. Nos casos em que a divisão surge entre o 4º e 8º dia após a junção óvulo - espermatozoide, o mais provável é formarem-se dois embriões, dois sacos amnióticos, mas apenas uma placenta, dando origem a gémeos biamnióticos e monocoriônicos. Finalmente, se a divisão acontece depois do 8º dia após a fertilização, resultam dois embriões, um saco amniótico e uma placenta, ou seja, gémeos monoamnióticos e monocoriônicos (Bryan, 1992).

A incidência da gestação monozigótica é mundialmente constante e situa-se nos 4/1000. Em contrapartida, a incidência da gestação dizigótica é altamente variável, sendo influenciada por aspectos individuais, história familiar e raça. De acordo com Marques e Tabora (1996), existem na nossa população, cerca de 2/3 de gestações dizigóticas para 1/3 de gestações monozigóticas.

A Gravidez...

A gravidez é vivida por cada mulher como um acontecimento único, que envolve tanto factores físicos como psicológicos. Mesmo os factores físicos são sentidos a nível psíquico, estando na base de um conjunto importante de fantasias para o papel materno exigido após o parto. Quer sejam factores físicos ou psíquicos, ambos implicam sempre grandes transformações e mudanças.

De acordo com Colman (1991), a gravidez pode ser encarada como um período de crise, na medida em que ela cria um equilíbrio delicado entre experiências positivas e negativas, entre expansão e regressão, tal como acontece com outras crises existenciais.

Para Maldonado (1997), a gravidez é encarada como um período de transição que caracteriza o desenvolvimento normal da mulher, e que implica uma reestruturação e um reajustamento em várias dimensões. Por um lado, assiste-se a uma mudança de identidade e a uma nova definição de papeis: a mulher grávida para além de filha, passa também a ser mãe

(mesmo no caso da múltipara, que apesar de já ser mãe, passa a ser mãe de mais um filho, o que vem alterar toda a dinâmica familiar). Por outro lado, a gravidez enquanto transição, permite à futura mãe a possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade, ou então, adoptar uma solução patológica que predominará na relação com a criança. Para criar uma relação saudável com o bebé, é importante que a mãe o reconheça como um ser independente e separado de si própria, com necessidades próprias às quais deve responder e satisfazer de forma adequada.

A gravidez de uma mãe que espera dois, três ou mais bebés, parece ser diferente da gravidez de uma mãe que espera um bebé. Estas diferenças parecem claras do ponto de vista físico, tendo já sido realizados vários estudos neste domínio. Porém, do ponto de vista psicológico, são muito escassos os estudos apresentados, apesar de podermos inferir que as complicações físicas associadas à gravidez múltipla possam ter consequências ao nível psíquico.

Do ponto de vista física, e no que diz respeito à duração da gravidez, esta vai sendo menor consoante o número de fetos, pelo que o risco de um parto prematuro aumenta consoante o número de fetos. Enquanto que uma gravidez simples dura em média 40 semanas, uma gravidez de gémeos dura em média 37 semanas, a de trigémeos ronda as 34 semanas e a de quadrigémeos 32,5 semanas.

Porque se trata de uma gravidez com mais do que um feto, a gravidez múltipla está geralmente associada a uma elevada frequência de complicações maternas, assim como uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade perinatal (Simões, Alegria & Sousa, 1996). Assim, comparativamente com as gestações simples, a gravidez múltipla surge associada a uma maior incidência de complicações obstétricas, sendo que o aumento destes riscos apresenta uma relação proporcional com o número de fetos.

De acordo com Dias, Braga e Jorge (1996), podemos apontar como principais complicações de uma gravidez múltipla: *parto pré-termo espontâneo e rotura prematura de membranas pré-termo; pré-eclampsia; atraso de crescimento intra-uterino* (é uma ocorrência frequente nas gestações múltiplas, podendo envolver um, mais do que um ou todos os fetos); *malformações fetais* (a incidência de malformações fetais é duas vezes superior em gémeos do que em fetos únicos, havendo malformações específicas); *morte fetal de um dos gémeos; Complicações intraparto; Complicações pós-parto* (a principal complicação pós-parto é a atonia uterina, com conseqüente hemorragia, sendo também a sua frequência maior consoante aumenta o número de fetos); *risco de paralisia cerebral* (deve-se fundamentalmente ao risco de parto pré-termo e atraso de crescimento intra-uterino e às complicações decorrentes da morte intra-uterina de um dos fetos).

Pelos possíveis riscos associados às gestações múltiplas, é importante que haja uma vigilância especializada. “*Embora cada grávida tenha que ser avaliada na sua especificidade, a estratégia obstétrica em termos gerais deve ser delineada de forma a prevenir ou minimizar fundamentalmente o risco de parto pré-termo espontâneo, da rotura prematura de membranas pré-termo, da pré-eclampsia e do atraso de crescimento intra-uterino*” (Dias, Braga & Jorge, 1996, p.35).

2. Do ponto de vista psicológico...

Os nove meses de gestação são importantes para que os pais possam ter um tempo de preparação, quer em termos físicos, quer em termos psicológicos, à chegada do novo ser.

Durante a gravidez, as alterações na imagem corporal, as modificações hormonais e a perturbação do contexto habitual da vida quotidiana, associados aos factores culturais, são de tal forma significativos, que não podem deixar de ter um reflexo importante na vida psíquica

da mulher grávida (Colman, 1991). Porém, este é um período essencial ao crescimento e à integração maturativa da mulher, existindo variações individuais de acordo com a estrutura da personalidade, com o grau pessoal de ajustamento ao início da gravidez e ainda, com a constelação familiar e seu enquadramento (Bibring et al., 1961; in Mascoli, 1990).

A notícia de uma gravidez é sempre acompanhada por diversas emoções, que variam de acordo com os valores pessoais e as expectativas da mulher em relação à maternidade, os seus recursos económicos, a sua idade e o número de filhos.

Desde o primeiro momento a mulher vivencia uma situação de ambivalência afectiva, entre o manter ou não aquele filho, dado que a gravidez implica sempre grandes mudanças quer a nível interpessoal, quer a nível intrapsíquico, o que implica por si só perdas e ganhos.

Naturalmente, a notícia de uma gravidez múltipla parece causar sempre grande impacto e surpresa nos futuros pais. Ao receberem a notícia de que vão ter gémeos ou mais, os pais parecem não acreditar que tal lhes possa estar a acontecer. Para alguns, esta é uma boa notícia e é com prazer que acolhem a ideia de terem duas ou mais crianças. Para outros, sobretudo se se trata de uma gravidez não planeada ou se existem problemas financeiros, o impacto pode ser muito negativo. Para a grande maioria, esta notícia pode ser acompanhada por uma ambivalência de sentimentos: se por um lado, se sentem felizes com a ideia de terem dois bebés e com o novo estatuto que adquirem perante a família, médico e amigos, por outro lado, ficam assustados com as novas responsabilidades que vão ter que assumir, tanto do ponto de vista prático (cuidar das crianças, casa que se tornou pequena, etc) como financeiro.

A ambivalência afectiva sentida numa situação de gravidez múltipla, pode ser vista através de um discurso de pais, citado por Bryan (1992, p.155), no qual referem que *«às cinco semanas, a ecografia revelou que havia mais de um embrião a desenvolver-se e, três semanas depois, foi confirmada a presença de quatro fetos. Após o choque inicial, a principal preocupação dos pais passou a ser a sobrevivência, a atenção e o cuidado dos bebés. Será*

que todos poderiam sobreviver e ser saudáveis? E assim, como poderiam obter os recursos necessários para os enormes custos suplementares? Como poderiam carregar com tantos, alimentá-los e cuidar deles? Como poderiam dar a cada filho o amor e a atenção individual que mereciam, para não falar da atenção que teriam que dar à filha mais velha, que dela precisava e à qual já se tinha habituado? E, contudo, quatro gémeos... que emoção! E quão orgulhosos se sentiriam como pais!» De acordo com esta autora, todos esses pensamentos, e mais alguns, confundiam-se na mente dos pais ao começarem a ponderar o futuro.

Tal como sabemos, com a gravidez a mulher vai adquirir uma nova identidade: ser mãe. Esta mudança de papel pode por vezes ser vivida com algum medo e ansiedade, pela responsabilidade de cuidar de uma criança implica, podendo tornar a mãe mais dependente da ajuda de um sistema social de apoio, criando a necessidade de maior apoio afectivo, atenção e aceitação por parte dos outros. Ao pai também é exigida uma mudança de identidade: este terá que integrar os seus papéis de filho e futuro pai.

Numa gravidez simples, a mulher carrega durante nove meses dentro de si um outro ser com o qual partilha o seu corpo bem como todas as suas experiências. Este ser está presente em todos os momentos e geralmente, leva a mulher a alterar ou mudar o seu estilo de vida, deixando de ser responsável apenas por si própria, mas também pelo seu bebé. Numa situação de gravidez múltipla, todos os momentos são partilhados com duas ou mais crianças e como tal, a mãe pode sentir uma responsabilidade adicional em relação a si e aos seus bebés. No entanto, parece que estas mães não têm a percepção real das verdadeiras responsabilidades até os bebés nascerem.

Tal como refere Mortimer (1998), alguns estudos concluíram que a gravidez múltipla em casais inférteis é bem aceite pela maioria dos pacientes. Contudo, e em contraste com resultados anteriores, outras investigações de *follow-up* de mães de crianças de nascimentos múltiplos apresentaram conclusões opostas. Nestas situações, as mães referem a existência de

problemas emocionais em relação a elas próprias e aos seus filhos, referindo que não tinham conhecimento de como tudo seria até ao momento de serem pais de mais que uma criança. Neste sentido, parece que os pais têm visões muito idealizadas e optimistas em relação à gravidez múltipla, não reconhecendo e antecipando os problemas com os quais em geral vão ser confrontados. Não só existem riscos para a saúde dos bebés, por nascerem prematuros e com baixo peso à nascença, como também as pressões físicas, emocionais e financeiras, podem ser enormes para os pais quando estes tiverem que cuidar dos filhos.

Uma gravidez múltipla parece então suscitar mais interesse nos outros do que uma gravidez simples. Por ser um acontecimento menos frequente e como tal mais curioso, a família e os amigos sentem-se maravilhados com a ideia de gémeos e "bombardeiam" os futuros pais com todo o tipo de histórias que ouviram anteriormente sobre o assunto. É frequente encontrar pais com ideias erradas sobre o que é estar grávida e ser mãe de gémeos ou de mais bebés. Bryan (1992), encontrou no discurso de muitos pais ansiedades desnecessárias, relacionadas com medos e crenças infundadas, nomeadamente, o medo de ter que passar duas vezes pelo trabalho de parto e/ou o medo dos gémeos virem a ser crianças mais pequenas e com um desenvolvimento mais lento.

Deste modo, é importante que os pais sejam esclarecidos sobre o que é uma gravidez múltipla e quais os seus riscos, para se poderem adaptar da melhor forma à situação. Como referimos anteriormente, é comum haver um choque inicial com a recepção de que o bebé que esperam, afinal não é apenas um, mas são dois ou três portanto, parece fundamental que os pais tomem conhecimento desta realidade o mais cedo possível, para que possam desde logo integrar e adaptarem-se à nova condição de pais de mais do que uma criança. Esta adaptação implica uma preparação do ponto de vista emocional e prático.

"Para as mães que descobrem que vão ter gémeos numa fase adiantada da gravidez, pode ser desconcertante a ideia de que o bebé que elas tinham começado a amar, são na realidade, dois" (Bryan, 1992, p.32).

A gravidez múltipla tem sido muito descrita do ponto de vista físico, mas ainda permanecem muitas dúvidas e incertezas em relação a esta situação do ponto de vista psicológico.

Apesar da existência de muitas dúvidas e incertezas, acreditamos que a gravidez múltipla seja em muito diferente da gravidez simples. Por todos os riscos físicos que a si estão associados, sabendo nós à partida que as situações de carácter físico têm sempre repercussões ao nível psíquico, parece-nos que do ponto de vista psicológico a gravidez múltipla possa constituir-se como uma experiência de risco à parentalidade.

Nascimentos Múltiplos e o Momento do Pós-Parto

Ao longo dos tempos, têm surgido várias histórias sobre gémeos e sobre o modo como este "fenómeno" ocorre. O nascimento de gémeos sempre foi visto como um mistério e em algumas sociedades, como um acontecimento estranho e bizarro. No caso de muitas sociedades africanas o parto de gémeos era considerado como uma anormalidade ligada à feitiçaria, denunciadora de eventos funestos, tanto para a mãe como para a família, o que se evitava eliminando as crianças. Algumas sociedades um pouco mais evoluídas, deixavam apenas sobreviver um dos dois gémeos². Já na Idade Média, era com estranheza que se olhava para o facto de um bebé do sexo masculino e outro do sexo feminino terem partilhado o

mesmo útero, sendo visto como um acontecimento indecente e pecaminoso - *horror incestus* (Bryan, 1992). Assim sendo, desde sempre muitas histórias falsas e erróneas têm sido contadas sobre os gémeos.

O estudo científico dos gémeos, a "*gemelologia*", surge há cerca de dois séculos, pelas mãos de duas pessoas. O primeiro foi *Sir Francis Galton* (1822-1911), que compreendeu a importância dos gémeos para o estudo dos efeitos da hereditariedade e do ambiente no desenvolvimento do ser humano. A sua obra "*The History of Twins as a Criterion of the Relative Powers of the Nature and Nurture*" publicada em 1876, tornou-se um clássico. O segundo foi o Prof. Luigi Gedda, que fundou um ensaio sobre todos os aspectos relacionados com os gémeos, intitulados "*Studio dei Gemelli*". Em 1974 foi presidente fundador da "Sociedade Internacional para o Estudo de Gémeos", actualmente a maior organização a nível internacional para a promoção da investigação de todos os aspectos relacionados com gémeos e partos múltiplos (Bryan, 1992).

Com o evoluir do tempo foram realizados alguns estudos no âmbito de tentar perceber algo mais sobre a gravidez e o nascimento de gémeos. Actualmente, se percorrermos o mais novo meio de difusão de informação, a *Internet*, vamos poder encontrar vários *sites* sobre gémeos e várias associações relacionadas com os gémeos e as suas famílias.

Nascimento e Pós-Parto

«Quando as contracções começaram e me apercebi que estava em trabalho de parto, mal cabia em mim de contente por vir ver o meu bebé! Mas, ao mesmo tempo, apoderou-se de mim o medo e a angústia... Após tantas teorias, tantos preparativos, iria agora descobrir o sentido real de ser mãe» (Matos, 1997, p.62)

² In Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura, 9

O parto constitui um momento inesquecível para qualquer mulher, sobretudo se enfrenta este momento pela primeira vez. É uma experiência muito intensa e desconfortável, frequentemente vivida como um «salto no escuro», por ser imprevisível e desconhecida (Colman, 1991).

O parto encerra todo o período da gravidez, dando início a uma nova fase, a maternidade.

" (...) No momento de dar à luz a mãe tem de estar pronta para criar novos laços e também mostrar-se tremendamente disponível para entrar naquele estado a que Winnicott chamou de «doença normal», um estado de envolvimento total, no qual as mães conseguem «andar pelos pés do bebé» (Winnicott, 1986). Entre as tarefas imensas com que a mulher se defronta na altura do nascimento, contam-se as seguintes:

- 1 - Um fim abrupto da sensação de fusão com o feto, das fantasias de perfeição e de onnipotência fomentadas pela gravidez;*
- 2 - A adaptação a um novo ser, que provoca sentimentos de estranheza;*
- 3 - Lamentar a perda do filho imaginário (perfeito) e adaptar-se às características específicas do bebé real;*
- 4 - Dominar o medo de fazer mal ao filho indefeso (muito frequente em jovens mães, por exemplo, medo de afogar o bebé durante o banho);*
- 5 - Aprender a tolerar e a disfrutar as exigências do bebé, dada a sua dependência total da mãe; em especial, tem de resistir às intensas solicitações orais do bebé e favorecê-las com o seu corpo (...)"*

(Brazelton & Cramer, 1989, p.44)

Durante a gravidez, a mãe foi sentindo progressivamente o seu bebé como um ser mais individual, separado e diferenciado de si própria. Este reconhecimento constitui uma tarefa

psicológica importante, uma vez que permite à mãe estabelecer uma relação precoce com o seu bebé. Quando a diferenciação não é bem elaborada, o momento do parto pode apresentar-se como uma experiência dolorosa, onde a mulher sente que perdeu uma parte de si mesma, dado que não consegue perceber as características próprias do bebé e o encara como um prolongamento de si própria (Maldonado, 1997). É importante que desde a gravidez, a mulher estabeleça a diferenciação do feto, para que no momento do nascimento, possa estar preparada para enfrentar a separação física que ocorre entre ela e o bebé, para fazer a sua adaptação ao bebé e para estabelecer uma nova relação, em que terá que acomodar as suas próprias fantasias e necessidades às do bebé (Sá & Cunha, 1996).

Aquando do nascimento, o bebé imaginário (que foi construído pela mãe durante a gravidez) é confrontado com o bebé real. O bebé real vai ajudar a mãe a integrar o bebé no seu universo mental e, se por um lado, ele traz alguma tranquilidade em relação às ansiedades sentidas pela mãe durante a gravidez (e.g. malformações), por outro lado, vem suscitar alguma inquietação e estranheza, uma vez que se revela como um desconhecido (Sá & Cunha, 1996).

Na situação de gravidez múltipla a diferenciação do feto parece em nosso entender, poder assumir uma maior relevância, dado que para além de ser necessária a diferenciação entre a mãe e os bebés, por tudo o que foi referido anteriormente, é igualmente necessário que ocorra a diferenciação entre os bebés, que devem ser reconhecidos na sua própria individualidade.

O nascimento de uma ou mais crianças altera radicalmente a vida de uma mulher. Este acontecimento vai implicar uma reavaliação dos seus valores e prioridades, uma reestruturação das suas relações mais íntimas e uma redefinição do seu papel no seio da família.

Na situação de nascimento múltiplo, alguns estudos têm demonstrado que os pais, sobretudo casais inférteis, não têm expectativas realistas de como este acontecimento pode afectar a sua família e a dinâmica desta. De facto, os pais não parecem estar alertados ou conscientes de todas as alterações que esta situação implica em termos práticos, financeiros e emocionais, no seio de uma família (Bryan, 1998).

Com o nascimento de um ou vários bebés, sobretudo se esta for a primeira vez, os pais dão entrada numa nova fase das suas vidas, maternidade/paternidade, geralmente rodeada de grande mistério. Nenhum dos membros do casal sabe como vai ser esta nova fase das suas vidas, em que ambos terão que desenvolver toda uma nova série de comportamentos práticos. *«(...) o bebé precisa que cuidem dele; a mãe precisa de recuperar do parto, precisa de aprender como se toma conta de um bebé, e precisa aprender a sentir-se bem em relação a si própria como mãe; o pai precisa de aprender a cuidar da esposa em convalescença, de aprender como se toma conta de um bebé, e aprender a sentir-se bem em relação a si próprio como pai»* (Colman, 1991, p.159).

Sendo as primeiras semanas após o parto dominadas por emoções muito intensas e variadas, quer devido à experiência do nascimento, quer à realidade de um novo ser, o bebé pode ser sentido muitas vezes pela mãe como estranho e vulnerável. Neste sentido, Kitzinger (1977) considera o nascimento como um período, quase invariavelmente, de crise para os pais, em termos do desafio que têm de enfrentar e das novas responsabilidades que têm de assumir. Mesmo no caso da múltipara, o nascimento de outro filho representa uma situação de crise, uma vez que causa grande impacto nos outros filhos e implica grandes mudanças na dinâmica familiar.

Com o nascimento, o bebé anteriormente ainda *"invisível"* dentro do corpo da mãe, passa agora a ser uma realidade. A mãe vê-se confrontada com um recém-nascido com necessidades que têm que ser satisfeitas, tarefa a qual nunca desempenhou antes e para quem

muitas vezes é totalmente desconhecida. Na nossa sociedade, são muitas as novas mães que nunca tiveram oportunidade de tocar ou lidar com um recém-nascido. Apesar de poderem ter lido alguns artigos, visto ou ouvido alguns documentários, a verdade é que o cuidar de uma criança é uma tarefa totalmente nova e desconhecida. Assim sendo, muitas vezes a mãe confronta-se com uma realidade muito diferente da outrora sonhada e imaginada. No entanto, ela tenta satisfazer as necessidades do bebé de forma adequada, *«sentindo o seu ritmo, antecipando os seus choros (...)» « (...) ela está tão sintonizada com o bebé e o bebé com ela, mas ainda assim, nem sempre o pode confortar. Por vezes não importa o que faça, sente-se inadequada. Por mais preparação que ela tenha tido, por mais que ela se esforce, ela não consegue ser a mãe perfeita»* (Colman, 1991, p.161).

Cuidar de uma criança leva muitas vezes os pais a sentirem cansaço e fadiga, a serem incapazes de sair de casa, a reduzirem os seus contactos sociais, a perderem satisfação no emprego, o que leva inevitavelmente a uma redução de rendimentos. Em geral, um bebé representa para os pais um enorme trabalho que traz grandes responsabilidades na nova vida que assumiram.

Se pensarmos nos pais de múltiplos bebés, facilmente percebemos o quão estes sentimentos, onde predominam emoções como receio e incerteza, podem ser ampliados. Um estudo levado a cabo por Broadbent (cit. Bryan, 1992), demonstrou que as mães de gémeos recém-nascidos saem de casa com menos frequência do que aquelas que têm apenas um filho. De acordo com esta autora, é possível que as mães se sintam mais isoladas por não receberem tantas visitas dos amigos, uma vez que estes podem se sentir assustados com a ideia de uma casa cheia de crianças, confusão e barulho. Segundo o relato de algumas famílias que tiveram trigémeos, mesmo as pessoas da própria família ficaram mais afastadas porque não conseguiam suportar tanto caos. Do mesmo modo, as mães podem não se sentir muito à vontade para visitar os seus amigos. Por um lado, há sempre a dificuldade de transportar as

crianças e por outro lado, o facto de terem que estar a conversar com os seus amigos, ao mesmo tempo que têm que olhar e cuidar constantemente dos seus filhos que brincam numa casa estranha, pode ser sentido como uma situação tensa e de grande nervosismo. Todos estes aspectos contribuem para um maior isolamento da mãe, o que pode agravar a pesada carga emocional que ser mãe de gémeos comporta.

Em 1978, Kitzinger realizou várias entrevistas com pais de um primeiro bebé, algumas semanas depois do parto e verificou ser frequente os pais falarem do choque provocado pela ruptura dos seus estilos de vida, pela existência de um bebé em casa. *«Na realidade, não estávamos preparados para isso»...« Estávamos preparados para o parto mas não sabíamos como iria ser a seguir »...« Toda a minha vida gira em torno do bebé, a satisfazer as suas necessidades, a preocupar-me com ele, a tentar descobrir porque está a chorar e a esforçar-me por fazer as coisas bem»...«Nunca tinha compreendido o trabalho que dá um bebé. Como se arranjam as mulheres que têm mais de um filho? Tenho o tempo todo tomado só com um. Às vezes não sei se é dia ou noite. Tudo o que sei é que está a dormir ou acordado», e «nunca na vida me senti tão cansada. Não tinha a menor ideia de que era assim»!* (op. cit. p.169)

Segundo a autora, os três meses que se seguem ao parto são particularmente difíceis, exigindo uma adaptação da mãe às necessidades do bebé. Psicologicamente, a mãe atravessa um período em que está ligada ao bebé por um cordão umbilical invisível e durante o qual o bebé necessita do que foi definido por *« preocupações maternas primárias »*³. O facto da mãe estar completamente centrada sobre o seu bebé, é um elemento importante na sobrevivência das espécies.

Desta forma, durante os meses que se seguem ao parto a mãe e o bebé ainda estão ligados por um laço simbiótico, em que o bem-estar de um depende do bem-estar do outro. No entanto, a mãe é um ser com necessidades próprias, que muitas vezes precisa de se afastar

do seu bebé para não se sentir cansada e exausta. É pois importante que a mãe se sinta rodeada de pessoas prontas a dar ajuda e apoio, para que se possa sentir mais auto-confiante e encorajada para o seu relacionamento com o bebé. Mas é no companheiro que a mulher encontra a sua maior fonte de suporte e apoio, dado que muitas vezes os parentes não estão próximos. A atitude do marido face ao puerpério é fundamental e determinante no modo como a mulher vai lidar com esta nova fase da sua vida. Quando a mulher conta com o suporte do marido, quando se sente amada e acarinhada, a tarefa de criar o seu filho torna-se mais fácil de levar a cabo.

"A presença e o envolvimento emocional do homem revela-se importante para a manutenção do sentimento de união à mulher, ajudando-a a desenvolver e adaptar-se ao seu novo papel de mãe, enquanto permite ao homem desfrutar a paternidade" (Sá & Cunha, 1996; p.84).

Da mesma forma que acontece num nascimento simples, a chegada de gémeos ou mais tem igualmente um grande impacto sobre o pai, que vai estar sujeito a novas pressões, quer a nível emocional, quer a nível financeiro. A mãe vai exigir dele um papel mais activo e participativo, uma vez que o seu papel já é muito cansativo e exaustante. O pai tem como papel fundamental o de ajudar a mãe a cuidar dos múltiplos bebés, podendo muitas vezes ficar surpreendido pela disponibilidade que esta ajuda requer. Pode igualmente ter dificuldade em perceber o quanto as emoções da mãe podem estar focadas nas crianças e mais afastadas de si, sentindo-se muitas vezes esta mãe culpada por não considerar fácil gostar de duas ou mais crianças igual e imediatamente.

Com o evoluir do tempo, a mãe vai estando mais adaptada e ajustada ao seu filho, verificando-se a consolidação dos padrões de comunicação nesta díade (Maldonado, 1997). A mãe começa a compreender melhor a criança e a satisfazer de forma mais adequada as suas necessidades, enquanto que o bebé vai organizando melhor o seu próprio ritmo, melhorando

³ Winnicott, 1958

consideravelmente a sua capacidade de comunicar. Com o desenvolvimento saudável do bebé, os pais tornam-se mais autoconfiantes e *«alcançam o objectivo da sua existência, pois, ao ajudar a criança a desenvolver-se bem, estarão inevitavelmente a reviver o seu próprio desenvolvimento e, na medida em que é possível reviver, é também possível reconstruir e atingir um novo nível de integração»* (Maldonado, 1997; p. 101-102).

Torna-se claro desta forma que o nascimento de gémeos ou de ordem superior tem um grande impacto sobre as famílias. Segundo Lytton, Singh e Gallagher (1992), o desenvolvimento de gémeos tem sido estudado por vários autores e tem sido verificado que as relações entre eles e os seus pais são marcadas por circunstâncias únicas que os tornam diferentes dos filhos singulares. Criar gémeos é sem dúvida diferente de criar um filho singular, pois na primeira situação os pais são sujeitos a uma série de acontecimentos diferentes.

Utilizando como metodologia a observação naturalista, para o estudo das interacções de gémeos e filhos singulares com os seus pais, Lytton (1980) verificou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos, relacionadas fundamentalmente com o comportamento parental. Segundo descreve, os gémeos experiênciam menos trocas verbais com os seus pais; recebem menos justificações verbais e recebem proibições mais consistentes. O autor refere ainda que os gémeos recebem menos expressões de afecto, o que não deve ser interpretado como estes pais gostarem menos dos seus filhos, em comparação com os pais de filhos singulares, mas como tendo menos tempo para demonstrar esse afecto. Para além disso, as mães de gémeos dispõem de menos sensibilidade na resposta adequada aos pedidos verbais ou não verbais dos seus filhos.

Através da análise destes resultados, os autores concluíram que na maior parte do tempo, os pais de gémeos estavam sobre grande pressão e *stress*. Observou igualmente a presença de conflitos entre os gémeos – um gémeo batia no outro, como ataque ou defesa, o

que era extremamente difícil para os pais que não sabiam como lidar com a situação – havendo inclusivamente competição pela atenção dos pais. No entanto, para além dos conflitos existentes, os gémeos também revelavam coesão enquanto par, agindo e brincando juntos, utilizando muitas vezes uma linguagem própria enquanto meio de comunicação, tradutora da grande intimidade entre ambos.

Outro estudo, realizado por Savic (1980) também demonstrou que não é apenas a quantidade de interacções que difere em famílias de gémeos, em comparação com famílias de singulares, mas a natureza destas interacções. Parece comum a mãe dirigir a sua atenção a um gémeo de cada vez, interrompendo muitas vezes a interacção com uma das crianças. Desta forma, parece que ser gémeo apresenta algumas desvantagens que se prendem com o facto das interacções com as mães serem menos prolongadas, uma vez que são interrompidas pelo facto dos pais terem que dividir a atenção igualmente pelos filhos. Quando a mãe está na presença dos dois gémeos, em muitos momentos ocorrem mudanças de atenção entre as duas crianças, levando a que por vezes a mãe não consiga mesmo lidar com as duas crianças ao mesmo tempo (Clarck & Dickman, 1984; Lytton, 1980; Rutter & Redshaw, 1991; Savic, 1980, Vandall, 1991).

Deste modo, a falta de atenção e de comunicação exclusiva, representam um problema quer para os pais de gémeos, quer para os próprios gémeos. Muitos pais demonstram alguma preocupação pelo facto de não se poderem relacionar plenamente com uma criança de cada vez, pois no momento em que começam a interagir com um dos gémeos, o outro exige imediatamente a sua atenção. Ao não conseguir comunicar com uma criança de cada vez, os pais acabam por comunicar e estabelecer uma relação com as duas crianças simultaneamente, deixando de haver uma comunicação a dois, para passar a ser uma comunicação a três. Esta comunicação em tríade, parece ser frustrante quer para a mãe, quer para a criança, uma vez que ambos ficam prejudicados nas suas tentativas para estabelecer um relacionamento mais

íntimo. Em termos quantitativos, a relação individual com cada gêmeo também é inferior, dado que a maior parte do tempo que a mãe tem ao seu dispor, é dedicado a tarefas relacionadas com o cuidar de ambos os gêmeos (Bryan, 1992).

Posto isto, facilmente se pode observar que viver e cuidar de gêmeos pode ser um acontecimento de vida muito stressante. Num estudo australiano verificou-se que meses depois do nascimento de gêmeos 76% das mães estavam exaustas, 79% não tinham tempo para elas próprias e 30% estavam deprimidas, sendo que estas percentagens são significativamente mais elevadas comparativamente com as mães de filhos singulares (Hay & O'Brien, 1984, cit. por Lytton et al., 1992).

Foram igualmente realizados estudos com famílias de trigêmeos e de ordem superior, que vieram reforçar os resultados dos estudos anteriores. Bryan (1998), refere que no Reino Unido foi realizado um Estudo Nacional sobre Trigêmeos e Nascimentos de Ordem Superior, onde se pretendeu avaliar os aspectos médicos e sociais que envolvem estas famílias. Este estudo demonstra que actividades simples como transportar ou alimentar uma criança, surgem como tarefas de realização difíceis de ser cumpridas apenas pela mãe, o que inevitavelmente produz todo o tipo de complicações e situações de *stress*. Também se verificou que a ajuda prestada a estas famílias tem sido inadequada e, geralmente, chega atrasada. Muitas vezes, os pais ficam exaustos de cansaço antes mesmo da ajuda ser prestada. Uma mãe não pode cuidar sozinha de três bebés ao mesmo tempo, pois não dispõe de horas suficientes para o fazer. De acordo com um estudo realizado pela Associação Australiana de Nascimentos Múltiplos são necessárias 197.5 horas por semana para cuidar de trigêmeos com 6 meses de idade e cuidar das tarefas domésticas. Mas, infelizmente, uma semana tem apenas 168 horas.

Quase todas as mães de filhos múltiplos consideram o primeiro ano de maternidade como sendo muito complicado e embora tenham "sobrevivido" a esta experiência, a verdade é que acabam por se confrontar e sentir um preço demasiado elevado.

"Pus-me a olhar para elas durante a festa do primeiro aniversário e dei-me conta de que simplesmente, não tinha tido tempo para as gozar, para brincar com elas e dar-lhes mimosinhos. Cada minuto da minha vida tinha sido ocupado com a alimentação, a roupa para lavar e as tarefas domésticas" (Bryan, 1992, p.53).

Como temos vindo a referir, a tarefa de cuidar de duas ou mais crianças ao mesmo tempo é geralmente muito complicada e sentida como muito extenuante. Se cuidar de uma criança representa para muitas mães um autêntico desafio, uma vez que na maior parte dos casos se tratam de mães de primeira viagem onde existe uma nova tarefa a desempenhar, cuidar de duas ou mais crianças surge como um desafio a dobrar. A mãe vê-se confrontada com duas crianças com ritmos próprios e necessidades diferentes que têm de ser satisfeitas. Existem duas crianças para ser alimentadas, para dar banho, para pôr a dormir... o que leva a mãe a ficar completamente centrada sobre as tarefas que implicam cuidar dos bebés, o que pode ser sentido como esgotante. O apoio do pai e dos outros é, geralmente, sentido como muito valioso, embora para algumas mães possa também ser o sinónimo de que não são capazes de cuidar dos seus filhos e levar assim ao aparecimento de sentimentos de fracasso no seu papel de mãe.

Apesar de falarmos na maior parte dos casos de famílias de gémeos, a vida com trigémeos ou mais, representa obviamente uma versão ampliada do primeiro caso. Tal como refere Bryan (1992), a principal diferença de gémeos para trigémeos reside no facto lamentável das mães terem apenas dois braços e não três. Muitas mães sentem alguma frustração por serem incapazes de consolar três crianças que choram ao mesmo tempo ou pegar ao colo simultaneamente três crianças.

Neste sentido, facilmente se pode entender o quanto pode ser complicado para a família se ver confrontada com o nascimento de duas ou mais crianças. Toda a vida social,

emocional e financeira do casal sofre alterações muitas vezes bruscas, desde a necessidade de todo um investimento emocional da família para o cuidado e educação dos bebês.

Por todas as alterações que são introduzidas na vida de uma mulher que tem mais que um filho de uma só vez, somos levados a pensar que a adaptação materna a uma situação deste tipo, nascimento múltiplo, poderá ficar comprometida ou pelo menos ser mais dificultada de quando se trata de um nascimento simples. Tal como foi definido anteriormente, pretendemos analisar o nosso conceito de adaptação com base num conjunto de variáveis psicológicas, que a nosso entender constituem um bom indicador da adaptação da mulher a esta situação.

Adaptação Materna

A gravidez e posteriormente, o nascimento de um filho, têm sido considerados como acontecimentos de vida extremamente importantes para os pais, particularmente a mãe. Por todo um conjunto de alterações que introduzem, quer ao nível físico, psicológico e social, estes acontecimentos têm sido alvo de inúmeros estudos e investigações.

Diversos autores têm conceptualizado a transição para a maternidade como uma fase desenvolvimental de crise, na medida em que requer a adaptação a novos papéis e responsabilidades no que diz respeito aos cuidados do bebé. Foi Bibring (1959, in Figueiredo, 1997) um dos primeiros autores a considerar a maternidade como um momento de crise no processo normal do desenvolvimento de uma mulher, implicando a constituição de uma nova organização intrapsíquica. Mais tarde, Gruen (1990) também associou a transição para a maternidade como um momento de crise no desenvolvimento, pelos seguintes aspectos: 1)

porque, num curto espaço de tempo o indivíduo é sujeito a um conjunto de mudanças significativas no seu equilíbrio biológico, psicológico e social, a um tal ponto como poucas vezes acontece na sua vida; 2) porque, as mudanças que surgem referem-se essencialmente aos papéis sociais, aos padrões existenciais e às relações interpessoais, as quais devem ser renegociadas consigo mesmo e com os outros; 3) porque, estas mudanças interferem significativamente na identidade do próprio, de tal forma que pode gerar perda ou confusão do *self* (Figueiredo, 1997, p. 20-21).

Se muitas vezes na literatura da especialidade o conceito de Adaptação Materna dá conta do ajustamento da mãe às características do bebé, o que remete para a relação estabelecida entre a díade, uma outra interpretação possível da adaptação materna refere-se ao modo como a mulher reage e sente à sua nova condição. A acessibilidade à mensurabilidade da adaptação materna pode ser feita em função de variáveis psicológicas reconhecidamente presentes nos processos adaptativos à maternidade. Neste sentido, escolhemos como bons indicadores deste conceito a triologia depressão, ansiedade e stress; suporte social; e, auto-eficácia.

Ao longo dos últimos anos, têm sido vários os estudos que evidenciaram a existência de perturbações psicológicas durante a gravidez e o puerpério. Vários foram os autores que descreveram a presença de sintomas de depressão, ansiedade e stress junto das mulheres grávidas e puerperas.

Actualmente sabemos que a depressão, a ansiedade e o 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 grandes esforços de adaptação. Por este motivo, e porque neste momento específico, estas perturbações estão geralmente associadas, ainda que haja uma clara distinção entre elas,

consideramos o seu estudo como de extrema importância para a avaliação da adaptação materna.

A presença da variável suporte social também aparece bem fundamentada na literatura, onde se revela que o ajustamento da mãe ao nascimento de uma criança é condicionado pela presença e qualidade de uma rede social de apoio. Assim, uma mãe pode sentir-se menos ajustada ao seu bebé quando não dispõe de um suporte social adequado, que a ajude nas novas responsabilidades que o papel materno exige. *"O suporte social durante o período de maternidade tem sido constantemente associado à qualidade de ajustamento da mulher às mudanças que ocorrem durante esse período e à qualidade dos cuidados que são prestados ao bebé"*. (e.g. Dawson, Robinson, Butterfield, Vandoornick et al., 1991; Oacley, 1992; Sheppard, 1994; cit in Figueiredo, 1997, p.14)

No que se refere à escolha da auto-eficácia, apesar de não terem sido encontrados estudos que a fundamentassem em termos teóricos, parece-nos que o facto dela estar relacionada com as competências maternas, torna-a numa variável importante para o estudo da adaptação. Para além disso, sabemos que a auto-eficácia surge sempre como uma variável importante em qualquer situação que implique mudança por parte de um sujeito. Assim sendo, se o nascimento de um bebé constitui uma situação que introduz várias mudanças na vida de uma mulher, então parece que o estudo da auto-eficácia torna-se relevante. Podemos ainda considerar a pertinência do estudo desta variável para a adaptação materna, pelo facto de considerarmos que a crença que uma mulher tem em relação às suas capacidades (definição de auto-eficácia) se constitua como um factor que certamente irá interferir no ajustamento da mãe à situação do nascimento de uma criança.

Para além dos aspectos referidos anteriormente, a literatura também revela a existência de uma relação entre as diferentes variáveis, o que parece reforçar a pertinência da escolha destas para a avaliação da adaptação materna.

1. *Depressão, Ansiedade e Stress*

Tal como já foi referido anteriormente, existe uma associação entre estas três variáveis psicológicas, pelo que consideramos mais relevante fazer a sua descrição simultaneamente.

... na Gravidez

A gravidez, o nascimento e o cuidar de gémeos representa toda uma série de acontecimentos de vida um pouco diferentes daqueles vividos pelas mães que têm um filho singular. Estudos realizados neste domínio revelam a existência de conflitos psicológicos em mulheres com gravidez múltipla, sendo que esses conflitos estão geralmente associados com encargos extra-financeiros, cuidados e saúde na relação com os gémeos.

Segundo descrevem Thorpe, Golding, MacGillivray e Greenwood (1991), a gravidez múltipla pode ser um acontecimento gerador de grande stress e ansiedade, quer física quer psicologicamente. Porém, e tendo como base a pesquisa bibliográfica efectuada, são ainda muito escassos os trabalhos desenvolvidos sobre a gravidez múltipla e as perturbações psicológicas que podem estar a si associadas. Os estudos desenvolvidos incidem sobre a gravidez simples, pelo que consideramos importante ter uma visão sobre estes estudos, pois de certo ajudarão a uma melhor compreensão para a situação de múltiplos bebés.

O período de gravidez foi considerado por muitos investigadores como sendo um período marcado por um certo bem estar psicológico, apesar de alguns autores reportarem a presença de sintomatologia depressiva durante a gravidez (Figueiredo, 1997). Ao avaliar grupos emparelhados de mulheres grávidas e não grávidas, alguns autores concluíram que no primeiro grupo está presente um maior número de sintomas de depressão e ansiedade (Parks, 1951; Tobim, 1957; in Figueiredo, 1997).

Sendo a ansiedade um sentimento presente em muitos momentos da nossa vida, não é de estranhar que também seja um dos sentimentos mais constante no período de gestação.

A ansiedade, descrita como uma *"emoção complexa, desagradável e difusa, com repercussões psíquicas ou orgânicas na pessoa que a experiencia"* (Silva, 1996), tem muitas vezes uma função adaptativa e protectora, na medida em que permite ao sujeito adaptar-se às novas circunstâncias de vida, sem colocar em perigo a sua homeostasia. Também durante a gravidez a ansiedade pode funcionar como um factor protector, dado que muita da ansiedade pré-natal e distorções das fantasias maternas, podem ser mecanismos saudáveis do ajustamento a um novo equilíbrio psicológico e as reacções de alarme podem constituir uma espécie de tratamento de choque susceptível de contribuir para a organização da mulher face ao seu novo papel (Brazelton, 1981; in Rato, 1998).

De acordo com Gomes-Pedro (1992), as grávidas estão de facto sempre ansiosas e tensas, apesar deste estado depender em grande parte de uma constelação de influências cuja modelação é sobretudo pessoal.

Num estudo realizado em Portugal por Figueiredo e seus colaboradores (1983, cit. por McIntyre et al., 1994) não foram encontradas diferenças significativas de ansiedade ao longo dos meses de gravidez, mas um aumento relativo a um grupo de controle de mulheres não grávidas. Contrariando estes resultados, outros estudos encontraram valores mais elevados de ansiedade e depressão no primeiro e terceiro trimestre, relativamente ao segundo e um pico por volta dos nove meses com a aproximação do parto (Singh & Saxena, 1991; Rofe, Blittner & Lewin, 1993). Análises de caracter longitudinal verificaram que as reacções ansiosas atingem um dos seus picos de ansiedade na fase terminal da gravidez (e.g. Lester & Notman, 1986; Lubin, Gardener & Roth, 1975; Rizzardo, Magni et al., 1988; Singh & Saxena, 1991; in Lopes dos Santos, 1993).

O período de gestação também foi considerado por muitos pais como uma experiência geradora de stress nas suas vidas. Pagel, Smilkstein, Regen e Montano (1990; cit. por McIntyre

et al., 1994), realizaram um estudo com 100 grávidas, onde foi pedido a cada uma delas que preenchesse um conjunto de questionários onde era avaliado o apoio social, os acontecimentos de vida e a ansiedade. Foram igualmente recolhidos dados referentes aos factores biomédicos e riscos na gravidez, estilo de vida e informação demográfica. Estas variáveis que foram recolhidas durante a gravidez, foram posteriormente relacionadas com variáveis como o peso à nascença e os resultados obtidos através do Índice de Apgar. Os resultados obtidos indicaram 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 os resultados do Índice de Apgar. Do mesmo modo, Omer et al. (1986; cit. por McIntyre et al., 1994), referem a existência de uma relação significativa entre os *scores* de ansiedade e o parto prematuro e contracções prematuras com o parto de termo. Outros estabelecem ainda 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., 1994).

Em 1986, Istvan verificou que o *stress* emocional tem efeitos sensíveis sobre o curso biológico da gravidez quando o seu grau ultrapassa certos limites superiores (Santos, 1993).

Um 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 et al., 1985; Kalil, 1987) ou aumento do risco de os bebés nascerem mais leves e com menos tempo de gestação (Molfese, Bricker et al., 1987; Newton, Webster et al., 1979; Omer, Elizur et al., 1986; Rizzardo, Magni et al., 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 & Milhazes, 1994).

Precipitadas pela aproximação do parto, as manifestações ansiosas tendem a assumir, na sua vertente cognitiva, a forma de receios ou temores que se objectivam, essencialmente,

em medos persistentes relativos à criança (perda do bebé, aparecimento de uma malformação, morte). Estas 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 em fantasia e nesta sua elaboração fantasiosa, a imagem da criança, uma verdadeira projecção do ideal materno, consubstancia 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 que ela seja capaz de conseguir manter, até ao fim da gestação, um distanciamento mínimo em relação às suas idealizações. É precisamente neste contexto que *"os temores activados pelo avizinhamento do parto revelam potencialmente o seu carácter adaptativo. Confrontando a grávida com a perspectiva da morte ou de deficiência irreversível do filho, esses receios favorecem um trabalho de reequilíbrio interno que a descentra das percepções fundada na fantasia. Como resultado, a normalidade da criança que vai nascer transforma-se cada vez mais no objecto quase exclusivo da consciência desiderativa da gestante, substituindo-se progressivamente às aspirações consubstanciadas no conteúdo megalómano de muitas fantasias maternas. Esta mudança abre então espaço a que o parto possa ocorrer sem confrontar dramaticamente o bebé real com as expectativas idealizadas que foram preenchendo, durante algum tempo, o imaginário da grávida"* (Lopes dos Santos, 1993, p.486,487).

Soifer (1986) considera que durante a gravidez existem fases em que podemos assistir a um aumento da ansiedade: começo da gestação, formação da placenta (2 e 3 mês), percepção dos movimentos fetais (3m1/2), instalação franca dos movimentos, ansiedades provocadas pela versão interna e ansiedade do início do 9º mês. Segundo a autora, podemos 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 bem visíveis, surgem fantasias maternas que se constituem como as principais ansiedades neste período, na medida em que podem provocar receios como o do filho malformado, 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 o adiar da maternidade. A presença de sentimentos contraditórios gera inevitavelmente ansiedade na mulher. Esta também surge como resposta a toda uma transmissão cultural onde o parto é visto como algo carregado de muita dor e sofrimento, «*ter é sofrer*», activando várias fantasias na mulher como a dor, morte e 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 ao 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 da dor no parto, medo de morte, medo do filho disforme ou morte do filho.

Tal como é possível observar, foi feita uma descrição muito mais exaustiva da ansiedade no período de gravidez, em relação às outras duas perturbações psicológicas. Esta situação pode ser explicada pelo facto da maior parte dos desajustes emocionais ocorridos durante a gravidez estarem mais relacionados com a ansiedade suscitada por todas as alterações corporais que se observam e também pela aproximação do parto, do que propriamente com o humor depressivo. Figueiredo (1997), refere que diversos estudos verificaram que a probabilidade da mulher se encontrar deprimida depois do parto é cerca de três vezes superior ao que acontece em períodos comparáveis durante a gravidez (Cutrona, 1983; Kumar e Robson 1984; O'Hara, Neunaber e Zekoski, 1984). Assim, o aparecimento de sintomas depressivos tem mais probabilidades de acontecer na maternidade, do que na fase que a antecede (Figueiredo, 1997).

... no Puerpério

Tal como temos vindo a referir ao longo do trabalho, actualmente sabe-se que o período que se segue ao nascimento de um filho, constitui um período bastante vulnerável à ocorrência de crises, uma vez que se operam profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto, tornando a mulher particularmente sensível e como tal, a depressão e ansiedade são acontecimentos comuns.

Os primeiros dias após o parto são carregados de diversas emoções com diferentes intensidades. O facto da mãe se sentir por um lado satisfeita com o nascimento do seu filho, mas por outro lado receosa face as suas novas responsabilidades, fazem com que haja uma alternância entre estes sentimentos. «*A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto: a euforia e a depressão alternam-se rapidamente, podendo esta última atingir grande intensidade* (Maldonado, 1997, p.89)».

Como é de conhecimento geral, na origem de uma depressão podem estar vários acontecimentos, nomeadamente, o nascimento de uma criança. Pelo facto de ocorrer neste momento específico da vida da mulher, chamamos a este tipo de depressão, depressão pós-parto, caracterizada por manifestações de cariz depressivo, que surgem na ausência de qualquer ocorrência psicótica (Figueiredo, 1994).

No período do pós-parto, 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 do seu filho. Muitas vezes surgem sentimentos de desânimo e desapontamento, que podem gerar na mãe sentimentos de incapacidade para enfrentar a situação, dando lugar a uma grande decepção consigo própria. *«Esta incapacidade de assumir a função materna, tem aspectos regressivos de identificação com o bebé – a mãe também solicita para si cuidados e atenção, mobilizando preocupação nos familiares»* (Maldonado, 1997, pg.91)

Ao longo dos últimos anos, a depressão pós-parto tem sido amplamente estudada por vários investigadores, pelo facto de se verificar que ela traz inúmeros riscos para o bebé e para a mãe. Segundo O'Hara (1987), aproximadamente 10 a 15% das mulheres experienciam uma depressão clínica após o nascimento do seu filho. Ela surge por volta do segundo ou terceiro mês do puerpério, prolongando-se por alguns meses e raramente atinge uma situação de intensa gravidade (Figueiredo, 1994).

Na origem da depressão pós-parto, parece haver um conjunto de factores de diversas origens: biológica, social e psicológica, sendo que os autores consideram as duas últimas como os factores mais preponderantes. No que diz respeito aos factores biológicos, estudos recentes revelam que as mulheres que passam por complicações médicas durante a gravidez e parto, apresentam um risco acrescido de poder vir a desenvolver uma perturbação pós-parto

(Campbell & Conh, 1991; Emms & Fletcher, 1981; Stein, Cooper, Campbell, Day & Althaw, 1989)⁴. Relativamente aos factores sociais, verificou-se que determinados acontecimentos de vida sentidos como adversos, foram positivamente associados com a depressão pós-parto (O'Hara, Rehm & Campbell, 1983; Paykel et. al., 1980)⁵. No que se refere aos aspectos psicológicos, foram apontados alguns factores como estando na etiologia da depressão pós-parto, nomeadamente, a história psiquiátrica prévia, as dificuldades experiênciadas durante a gravidez e a presença de "blues pós-parto" (Figueiredo, 1994). As dificuldades de relacionamento com a família, bem como as dificuldades ocorridas no relacionamento com o bebé, têm igualmente sido sugeridas como factores importantes para o aparecimento desta perturbação.

«Cutrona e Trautman (1986) 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. A hipótese que verificam é que ambos os factores afectam a mãe através de uma variável cognitiva mediacional, a percepção de auto-eficácia no desempenho do papel de mãe; isto é, face a um bebé com dificuldades temperamentais, a mãe poderá desenvolver uma depressão pós-parto, caso não tenha um suporte social adequado, pois tem uma percepção de baixa eficácia no desempenho do seu papel (cit. por Bárbara Figueiredo, 1994).»

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 uma depressão pós-parto estabelecem com os seus bebés. De um modo geral, os diversos estudos revelam que as mães deprimidas apresentam uma maior incidência de dificuldades no

⁴ In Figueiredo, 1994

⁵ In Figueiredo, 1994

relacionamento com as suas crianças, comparativamente com as mães não deprimidas (Billings & Moos, 1983; Holahan & Moos, 1987; Weissman et al, 1984, 1987). Pelo facto de existirem dúvidas quanto aos resultados das investigações relacionadas com a avaliação do ajustamento dos pais à criança (se de facto se verificaram mesmo dificuldades no relacionamento com as crianças ou se estas dificuldades eram resultado do humor deprimido dos pais), foram desenvolvidos estudos onde as crianças foram observadas directamente. As investigações realizadas neste contexto, demonstraram consistentemente uma elevada incidência de distúrbios afectivos nas crianças de pais com depressão (Klein, Depue & Krauss, 1986; Klein, Depue & Slater, 1987; Hammen et al., 1987).

Lee e Gotlib (1989) realizaram um estudo onde pretendiam observar a relação entre depressão materna e o ajustamento das crianças. Em primeiro lugar, pretendiam avaliar a especificidade da depressão, pelo que foram observar as dificuldades de ajustamento da criança. Foram constituídos quatro grupos de mulheres: pacientes psiquiátricas clinicamente deprimidas, pacientes psiquiátricas não deprimidas, pacientes médicas não deprimidas e não pacientes não deprimidas. Em segundo lugar, pretendiam observar a estabilidade dos resultados, pelo que empreenderam uma observação oito semanas mais tarde.

Relativamente à especificidade da depressão, os resultados indicaram que as crianças de mães deprimidas apresentavam um número significativo de problemas de comportamento, em comparação com as crianças de mães com ou sem tratamento médico. No entanto, observou-se que entre o grupo de crianças de mães psiquiátricas clinicamente deprimidas e mães psiquiátricas não deprimidas, não existia a presença de diferenças significativas, o que sugere que o ajustamento da criança está mais relacionado com a presença de psicopatologia do que propriamente com o diagnóstico. Podemos assim concluir que estes resultados indicam que os distúrbios psicológicos maternos têm influência sobre os comportamentos da criança.

Com respeito à estabilidade dos resultados obtidos, verificou-se que as crianças de pacientes psiquiátricas continuam a revelar problemas no segundo momento de avaliação, evidenciando uma ligação entre a existência de depressão parental e de dificuldades da criança.

Hoffman e Drotar (1991)⁶ também realizaram um estudo com mães deprimidas e mães não deprimidas, tendo verificado 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. Contrariamente às hipóteses iniciais do estudo, o nível de actividade dos bebés não variou em função da depressão materna. No entanto, os bebés das mães deprimidas revelaram, tal como elas, menor grau de afecto positivo e expressão emocional, como se reflectissem o estilo de interacção das mães.

Vários estudos demonstraram que a mãe deprimida exhibe 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 (Cohn, Campbell, Matias & Hopkins, 1990; Field, 1984; Lyons-Ruth, Zoll, Connell & Grunebaum, 1986). A mãe deprimida vocaliza menos (Field, 1984; Field et al., 1985; Fleming, Ruble, Flett & Shaul, 1988; Sameroff et al., 1982), 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 (Field, 1984; Field et al., 1985; Fleming, 1988; Lyons-Ruth et al., 1986; Sameroff et al., 1982) e passa menos tempo a olhar e a contemplar o bebé (Field, 1984; Field et al., 1985; Livingood et al., 1983)⁷.

Tal como seria de esperar, quando a mãe está deprimida, o bebé adapta o seu comportamento ao dela, o que resulta no desenvolvimento de um estilo comportamental

⁶ Maldonado, 1997

⁷ In Figueiredo, 1994

depressivo. Tal como as suas mães, os bebés apresentam um menor número de expressões faciais de afecto positivo (Cohn et al., 1990; Field, 1984) e um maior número de expressões faciais de afecto negativo (Field, 1984), vocalizam e fixam menos o olhar na mãe (Field, 1984)⁸.

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.

Foram também realizados alguns estudos longitudinais, por forma a observar as consequências a longo termo da depressão parental, para além do período pós-parto, sobre as crianças (Billings & Moos, 1985; Grunebaum Cohler, Kauffman & Gallant, 1975; Rutter e Quinton, 1984). Estas investigações indicaram que as consequências da depressão dos pais sobre os filhos persiste ao longo do tempo, mesmo quando a depressão parental chega ao fim.

Murray (1991)⁹, revela no seu estudo que os bebés tendem a desenvolver um vínculo inseguro com as mães e a apresentar distúrbios de comportamento, principalmente sono até cerca de um ano e meio, mesmo quando as mães ultrapassam a sua depressão passados três meses sobre o parto.

O trabalho de Brown e Harris (1978), Kruk e Wolkind (1983), Richman (1978) e outros, mostraram claramente uma elevada taxa de prevalência de depressão entre as mães de crianças pequenas e uma forte associação entre depressão materna e distúrbios nos seus filhos (Pound, Cox, Puckering & Mills, 1985).

No entanto, os resultados acerca das consequências da depressão pós-parto são um pouco confusos e por vezes contraditórios. Phillips e O'Hara (1991) realizaram um estudo

⁸ In Figueiredo, 1994

⁹ Maldonado, 1997

longitudinal de 4 anos de follow-up, com o objectivo de observar as consequências da depressão materna pós-parto para as mães e filhos. Os resultados permitiram verificar que as mães que tinham tido um episódio de depressão pós-parto apresentavam um risco mais elevado de vir a ter uma futura depressão. Estes dados foram consistentes com estudos europeus que revelavam que mulheres que experienciavam depressão pós-parto continuavam vulneráveis a uma futura depressão, pelo menos durante os anos pré-escolares dos filhos (Uddenberg & Englesson, 1978; Wolkind et al., 1980).

Contrariando os resultados observados noutros estudos de *follow-up* (Ghodsian et al., 1984; Uddenberg & Englesson, 1978; Wrate et al., 1985) mas em concordância com Caplan et al. (1989), os autores deste estudo não encontraram nenhuma associação directa entre depressão pós-parto e problemas de comportamento na criança. No entanto, o facto da depressão pós-parto estar associada a um aumento de risco de depressão durante o período de follow-up, levanta a possibilidade da depressão pós-parto poder afectar o comportamento da criança, pelo facto de aumentar o risco de depressão da mãe fora deste período. Os autores concluíram então que a depressão pós-parto pode aumentar o risco de depressão materna no futuro e ocasionar um aumento do risco de problemas no comportamento da criança.

Associada à depressão, encontra-se a ansiedade, que sabemos ser um estado emocional que desempenha um papel fundamental em quase todas as perturbações psicológicas.

O momento após o parto constitui um momento intenso, imprevisível e desconhecido para uma mulher, no qual surgem muitas ansiedades em consequência da entrada para uma nova vida onde impera um novo turbilhão de sentimentos. O nascimento do filho representa geralmente um momento de grande emoção, produzindo na mulher um processo de reconhecimento que desperta profundas ansiedades, pois graças a ele se delimitam as fantasias surgidas na gravidez sobre a realidade presente. Uma das grandes ansiedades presente neste período tem origem com o retorno do útero ao seu volume normal e o início da lactação. A

perda de sangue originada pela remoção do endométrio reactiva ansiedades relacionadas com a menstruação e o medo da integridade do órgão (Rato, 1998).

A lactação constitui outra das maiores ansiedades da mulher nesta fase, uma vez que não se sabe se tem leite ou não e se, conseqüentemente, vai poder 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. É pois importante a presença de um bom ambiente familiar que transmita à nova mãe apoio e encorajamento.

De acordo com algumas investigações, os valores de ansiedade são mais elevados durante a gestação do que os verificados nos tempos subsequentes ao parto (Engle, Scrimshaw et al., 1990; Singh & Saxena, 1991; in Santos, 1993). No entanto, a ansiedade durante a gravidez vai ter conseqüências a nível do pós-parto, verificando-se que as grávidas altamente ansiosas, para além de reportarem menor apoio social, fazerem mais interpretações negativas acerca da gravidez e apresentarem maiores níveis de complicações no parto, apresentam maiores índices de depressão pós-parto; mais preocupações acerca dos bebés, delas próprias e das suas relações conjugais; menor confiança nas suas capacidades no que se refere à prestação de cuidados ao bebé; e, mais dificuldades na amamentação (Barnett & Gordon, 1986; cit. por McIntyre et. al., 1994).

Segundo o estudo efectuado por 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 durante a gravidez. Segundo este autor, parece que a *"presença de reacções ansiosas no clima vivencial da gestação pode constituir a expressão de uma dinâmica saudável, que facilitará, acima de tudo, o estabelecimento dos elos de ligação da mãe para com o filho"*. (op. cit, p.485)

Como em qualquer acontecimento de vida, que por qualquer razão se possa constituir como um momento de crise, é natural que surja uma emoção, habitualmente designada por stress, que expressa o estado emocional ou físico em que um indivíduo se encontra.

Qualquer situação do dia a dia pode ser indutora de stress, desde que a pessoa a avalie como tal. Desta forma, e tendo como base a definição apresentada por Lazarus e Launier (1978) de stress psicológico, "*para que um acontecimento seja stressor, tem de ser apreciado como tal, ou seja, se um acontecimento não for apreciado por um indivíduo como stressor, esse indivíduo não sentirá stress*" (cit. in Ribeiro, 1998; p.308). Assim, a apreciação individual e subjectiva que um indivíduo faz da situação é determinante para este a considerar como um acontecimento stressor ou não. Se o indivíduo sente que o grau de exigência da situação é superior à sua capacidade de resposta, ou seja, aos recursos de que dispõe para a ultrapassar com êxito, então podemos considerar que o indivíduo está em stress. A personalidade é pois determinante para a definição de uma situação como stressora.

O stress pode ser desencadeado por diversos agentes, «*agentes stressores*», que podem ser internos ou externos, agradáveis ou desagradáveis ao indivíduo. Nesta óptica, o nascimento de um filho pode ser, mediante a apreciação feita pelos pais, uma experiência desencadeadora de stress nas suas vidas.

Muitas são as mães que se sentem com a chegada do filho pouco preparadas para desempenhar o papel exigido pela maternidade, criando expectativas não realistas sobre o que é ter e/ou cuidar de um bebé, conduzindo muitas vezes a um isolamento, excesso de trabalho e/ou exaustão psíquica (Brandt, 1968; Dyer, 1963; LeMasters, 1957; Liefer, 1977; Rapoport & Rapoport, 1977; Rossi, 1968; in Glaser & Vermont, 1987).

Apesar de acreditarmos que o puerpério, possa constituir um momento onde possa haver algumas experiências de maior *stress* para a mulher, relacionadas com o cuidar do bebé e o assumir das novas responsabilidades, são poucos os estudos existentes neste âmbito.

Tendo como base os diversos estudos realizados com mães de filhos singulares, é fácil compreendermos que o nascimento de duas ou mais crianças obriga a mãe a uma série de limitações na sua vida. Ao se ver confrontada com duas ou mais crianças ao mesmo tempo, as suas exigências enquanto mãe podem ser maiores: pelo menos, em termos práticos e financeiros. São duas crianças para alimentar, para por a dormir, para dar banho, para mudar a fralda, para fazer tudo! Todas estas exigências requerem tempo e levam muitas vezes a mãe a sentir-se cansada e esgotada. Incapaz de sair de casa com duas crianças ao mesmo tempo, ela é levada a ficar em casa mais tempo, reduzindo os seus contactos sociais, o que pode levar mulher a sentir o viver e o cuidar de gémeos como um acontecimento de vida muito stressante, na medida em que a mãe vê toda a sua vida social e emocional alterada.

Se o nascimento de uma criança constitui um momento de crise para uma mulher. No caso em que nasce mais que uma criança esta crise pode ser mais acentuada uma vez que a tarefa de cuidar de uma criança pode ficar mais dificultada para a mãe.

Thorpe, Golding, MacGillivray e Greenwood (1991), desenvolveram um estudo onde tiveram como objectivo avaliar se o nascimento de gémeos afecta o bem estar emocional materno. De acordo com os resultados obtidos, o bem estar emocional das mães de gémeos foi mais pobre relativamente às mães de filhos singulares. Verificaram que o número de crianças na família, o espaço próximo de idades entre as crianças e o facto de se ser gémeo, são factores associados com «*malaise*» maternal. A proximidade de idades entre crianças foi um factor que emergiu com grande importância, pois ambas as mães de filhos singulares com espaços de idades próximas e mães de gémeos tiveram um risco significativo de depressão, apesar do impacto se revelar maior nas mães de gémeos. Assim, parece que a exigência simultânea de duas crianças, as dificuldades de mobilidade e possivelmente, o adicional peso financeiro, são situações geradoras de ansiedade e *stress* que são partilhados por estes dois grupos de mães. Contudo, o impacto do nascimento de gémeos é maior para a família, pois

enquanto no caso de uma família com crianças com espaços de idades próximas o número de filhos foi aumentando gradualmente, no caso de gémeos as crianças surgem simultaneamente e como tal, tudo é necessário ao mesmo tempo.

Os resultados deste estudo permitiram então concluir que as mães de gémeos estão em maior risco de viver uma depressão, o que sugere que os gémeos introduzem um *stress* adicional na vida e bem estar emocional das mães.

Outros estudos (Bryan, 1992) revelam que os cuidados financeiros e afectivos prestados aos gémeos, são muitas vezes identificados como fonte de *stress*. Nos primeiros meses de vida pode haver alguma dificuldade dos pais em organizarem-se face aos sons dessincronizados dos gémeos, alguma dificuldade na alimentação das duas crianças, pelo que sentimentos de fadiga e exaustão são comuns. Muitas mães de gémeos, de nacionalidade americana, associaram o *stress* e a fadiga ao cuidado simultâneo de duas crianças, especialmente pelas dificuldades impostas pela alimentação dos bebés. As mães sublinharam a importância da ajuda dos pais e mesmo das avós (Vandell, 1990, in Lytton et al., 1992).

Powel (1998), desenvolveu um estudo com mães de gémeos, onde encontrou no primeiro ano de maternidade um maior número de sintomas de *stress*, com predomínio de ansiedade e fadiga, em comparação com mães de filhos únicos.

Lytton, Singh e Gallagher (1980), descrevem que num estudo realizado três meses após o nascimento de gémeos 76% das mães estavam exaustas; 79% não tinham tempo para dedicar a elas próprias; e, 30% estavam deprimidas.

O nascimento de duas ou mais crianças também se apresenta como uma experiência geradora de *stress* na medida em que arrasta consigo toda uma série de factores que são seus potenciais geradores. A dificuldade que os pais podem ter em deslocar-se ao pediatra ou a casa de amigos/familiares; a atenção que têm que dividir por duas ou mais crianças, sem deixar de estar disponível para o cônjuge, constituem situações que exigem dos pais,

nomeadamente da mãe, muita energia física e emocional, ao ponto desta poder esgotar os seus recursos internos e assim, conduzir ao aparecimento de respostas menos apropriadas às necessidades da criança o que ainda introduz mais *stress*.

Tendo por base os conceitos utilizados na definição de *stress*, o nascimento de múltiplas crianças parece constituir para alguns pais um agente stressor. Claro que a experiência vai sendo sentida como mais ou menos stressante consoante a avaliação que a mãe faz da situação; dos seus recursos internos (auto-eficácia) e externos (suporte social).

Em nossa opinião, e tal como os vários estudos indicam, o nascimento de gémeos ou mais, constitui uma situação que introduz na vida da mulher uma série de dificuldades e limitações e como tal, interfere no seu bem estar emocional.

2. Suporte Social

O suporte social tem sido um conceito que tem assumido extrema importância no âmbito das ciências humanas, e representa actualmente um dos principais conceitos na Psicologia da Saúde (Ribeiro, 1999). Ao longo dos anos, este conceito tem sido amplamente estudado e pelo facto de ser multifacetado, muitas têm sido as suas interpretações.

O suporte social pode ser definido genericamente como "*a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós* (Sarason, et al., 1983, p.127, cit. in Ribeiro, 1999)". Em 1976, Cobb define suporte social como sendo essencialmente a "*informação de que o indivíduo é amado, estimado e parte integrante de uma rede social*". De acordo com o autor, este tipo de informação desempenharia a função de preenchimento das necessidades sociais e de protecção do indivíduo de consequências adversas relacionadas com uma situação

de crise ou de *stress* (Omelas, 1994). A ideia central do autor foi a de considerar o suporte social como «amortecedor de *stress*», uma vez que este tinha como função a confrontação e adaptação em situações de crise.

Pela diversidade de conceitos, não existe uma definição única e global de suporte social, pelo que ao longo dos anos foram muitas as definições que surgiram, como: "*ajuda a um indivíduo no sentido da mobilização dos seus recursos e controlo das descargas emocionais, partilha de tarefas ou fornecimento de dinheiro, materiais, competências e orientação cognitiva no sentido de melhorar o controlo de uma situação*" (Caplan, 1976); "*troca de recursos entre, pelo menos, duas pessoas, como contributo intencional para o seu bem estar*" (Shumaker & Brownwell, 1984); "*presença ou ausência de recursos psicossociais de apoio*" (Kaplan, 1977); "*suporte disponível através dos laços sociais que os indivíduos criam com outros indivíduos, grupo ou comunidade*" (Lin et al., 1979); "*forma como as ligações humanas estão estruturadas enquanto sistema de suporte e os recursos que são trocados entre os membros desses sistemas*" (Gottlieb, 1981); "*grau em que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido*" (Turner, 1983); "*conjunto de transações interpessoais que envolvem preocupações a nível emocional (simpatizar, gostar ou amar), a ajuda instrumental (bens e serviços), a informação (sobre o meio envolvente) e o reconhecimento (informação relevante para uma autoavaliação)*" (House, 1981); "*recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência*" (Dunst e Trivette, 1990).

Partindo das várias definições de suporte social e tentando afastar-se de um conceito único e global, Barrera (1986) considera a existência de três grandes categorias dentro do suporte social: "*Social Embeddedness*" ou Integração Social; "*Perceived Social Support*" ou Suporte Social Percepcionado; e, "*Enacted Support*" ou Suporte Social Recebido.

A Integração Social, que se prende com a dimensão das redes sociais, remete para a integração social do indivíduo num grupo e as interligações deste no contexto do grupo. O Suporte Social Percepcionado, refere-se à avaliação cognitiva que o indivíduo faz do seu suporte social, ou seja, o suporte que o sujeito acredita ter disponível em caso de necessidade. Finalmente, o Suporte Social Recebido, incide sobre o suporte que o indivíduo na realidade recebe ou considera ter recebido. Diz respeito aos actos específicos que os outros tomam no sentido de dar assistência ao sujeito e que são reconhecidos pelos outros membros de uma cultura como esforços intencionais para ajudar um indivíduo (Antonucci & Depner, 1980).

No que diz respeito às funções atribuídas ao suporte social, estas têm sido inúmeras consoante os diversos autores, apesar de parecer existir um consenso em pelo menos três categorias de provisão: a) *suporte emocional* (expressões de estima e afecto); b) *suporte instrumental* (bens materiais ou assistência nas tarefas); e, c) *suporte informativo* (aviso, conselho ou direcção). O suporte emocional provou ser a função francamente mais útil para lidar com um conjunto de acontecimentos de vida stressantes, mas em determinadas situações o suporte instrumental ou informativo mostraram ser os mais adequados (Wills, 1997).

No que se refere à origem do suporte social, podemos considerar que esta pode ser *informal* ou *formal*. Segundo Dunst e Trivette (1990; in Ribeiro, 1999), as fontes informais incluem, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc) e os grupos sociais (clubes, igreja, etc), que são passíveis de prestar apoio nas actividades do dia a dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não-normativos. As redes de suporte formais incluem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde), como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Tal como noutros domínios, também na gravidez e puerpério têm sido desenvolvidos alguns estudos relacionados com o suporte social, sendo já reconhecido que a presença deste

nestes dois momentos de vida de uma mulher, está associado a um melhor ajustamento materno e melhores práticas parentais.

A gravidez e o nascimento de uma criança são dois acontecimentos importantes na vida de qualquer mulher, geralmente associados a momentos positivos e agradáveis. Contudo, por determinadas circunstâncias ou acontecimentos de vida, estes dois momentos podem tornar-se experiências stressantes quer do ponto de vista físico, quer psicológico.

A gravidez representa um desafio importante para a saúde de uma mulher, uma vez que por todas as mudanças e transformações que nela ocorrem, são necessários ser tomados cuidados específicos. Assim sendo, o suporte informacional parece ser importante para um cuidado pré-natal adequado, uma nutrição adequada e uma boa preparação para o parto e nascimento (Collins et al., 1990). O suporte instrumental também se apresenta como extremamente importante, já que ao ter ajuda na realização de uma série de tarefas diárias (como limpar a casa), a mulher grávida se vê poupada de uma série de esforços físicos. No entanto, ainda são poucos os estudos que tiveram como objectivo avaliar os benefícios do suporte social sobre a saúde física durante a gravidez (Boyce, Schaeffer & Uittis, 1985; Pagel et al., 1990; Turner et al., 1990).

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, cit. por Willis, 1997) 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.

Cutrona (1984, 1989), também 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 um grupo de mulheres grávidas, onde foram avaliar os efeitos do suporte social pré-natal na saúde e 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 experienciaram melhor progressão no parto e deram à luz bebés 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 bebés com os 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 bebés 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^a a 8^a 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.

Assim sendo, acreditamos que apesar de determinadas circunstâncias de vida poderem colocar algumas mulheres em maiores necessidades de suporte social que outras, este parece ser importante para qualquer mulher grávida, independentemente se está grávida de um filho, dois ou três. Importa referir que não foi encontrado nenhum estudo sobre a importância desta variável durante a gravidez múltipla.

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 conseqüentemente, no desenvolvimento da criança.

As dúvidas levantadas sobre "*como ser uma boa mãe*" estão sempre presentes aquando da chegada de um filho, sobretudo quando este é o primeiro. Acreditamos que certas dúvidas podem ser ampliadas quando se trata do nascimento de múltiplos bebés, em que as capacidades maternas parecem ser mais postas em causa.

Ter gémeos ou mais, requer da parte dos pais um maior investimento físico e emocional sobre as suas crianças, pois, pelo simples facto de serem mais que uma criança, isso requer um maior dispêndio de tempo e energia, podendo os pais muitas vezes sentir dificuldade em responder às necessidades comuns das suas crianças. Assim, uma família com gémeos é uma família que de algum modo podemos considerar como estando sob um elevado potencial de *stress*, que está associado ao facto de se tratar da presença de duas ou mais crianças, das próprias características e necessidades destas, e das características dos pais. Por estarem expostos a uma série de potenciais stressores, as mães de gémeos ou mais, podem ser consideradas como estando num elevado risco social de terem dificuldades em se adaptar ou

ter dificuldades no desempenho do seu papel materno. Por todas as novas responsabilidades que são introduzidas na sua vida, a mãe de múltiplas crianças pode se sentir incapaz de responder adequadamente às necessidades dos seus filhos, pelo que parece fácil antecipar que o suporte social poderá ser fundamental para a mãe no desempenho deste seu papel.

Ao tentarmos encontrar estudos sobre o suporte social em famílias com gémeos, verificámos que são escassos os desenvolvidos neste domínio. No entanto, de acordo com os trabalhos existentes, parece que a existência de um suporte social adequado nestas situações, está associado com um melhor ajustamento materno e melhores práticas parentais.

Glaser's e Vermont (1987), realizaram um estudo sobre o suporte social em mães de gémeos, tendo verificado que quer o suporte emocional, quer o suporte instrumental estão associados a diferenças no ajustamento materno. Neste estudo foram avaliadas 250 mães de gémeos com idades compreendidas entre os sete-nove meses. Foi avaliado em primeiro lugar, o tipo de suporte mais necessário para as mães: suporte instrumental (cuidados com a criança, tarefas de casa, presentes de equipamentos, roupa e/ou dinheiro), suporte informacional (conselhos e informações sobre gémeos) e suporte emocional (suporte e segurança às mães). Seguidamente, foi avaliado o suporte emocional prestado pelo marido, as relações da mãe com a rede social e o ajustamento ao papel materno.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que as mães de gémeos têm necessidades específicas ao terem mais que um bebé. O reconhecimento adequado destas necessidades leva as mães a sentirem menor sintomas depressivos e a sentirem maior confiança em relação a si próprias no desempenho do papel de mãe. O suporte emocional do marido foi considerado de extrema importância para estas mães, na medida em que a sua existência facilita o ajustamento da mulher ao seu novo papel.

No que diz respeito às dimensões do suporte social, verificou-se que para as mulheres que precisam de ajuda, o suporte emocional, informacional e instrumental, estavam todos

correlacionados como indicadores de ajustamento. E, ao contrário do que poderíamos pensar, o suporte emocional isolado revela-se como insuficiente para a mãe, uma vez que as necessidades instrumentais e informacionais imperam numa situação desta natureza.

Similarmente, verificou-se que não existem prestadores de suporte gerais, isto é, aqueles que prestam ajuda nos cuidados com a criança, não limpam a casa; e, aqueles que tranquilizam a mãe, não dão informações sobre gémeos. Deste modo, a combinação de uma ajuda instrumental adequada, informação sobre gémeos e uma certeza emocional sobre o seu papel materno, predizem um ajustamento mais forte do que qualquer tipo de suporte isolado.

No que diz respeito à dimensão de suporte mais importante para a mãe, não é possível generalizar na medida em que está dependente de determinadas circunstâncias que são próprias de cada família. Dependendo das necessidades de determinada situação, do desenvolvimento das crianças e da relação pais-filhos, diferentes suportes - emocional, instrumental e informacional- podem tornar-se mais precisos.

Parece pois fácil perceber que o nascimento de duas ou mais crianças trás para os novos pais, novas exigências e novas responsabilidades, às quais têm que fazer frente e adaptar-se. A adaptação será tanto mais fácil quanto melhor for o suporte social prestado à mulher.

Outros estudos foram desenvolvidos no âmbito da maternidade e, apesar de se reportarem a uma situação de nascimento simples, não fazendo referência a mães de múltiplos bebés, parece pertinente atender aos seus resultados na medida em que são importantes para qualquer mãe/família.

Deste modo, e tendo em consideração o que já foi referido, existem três funções principais do suporte social que são o: 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, por 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 (in Crockenberg, 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 (percepção 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 Grockenerg (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:

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 como um método de controlar o comportamento da criança. Os benefícios do suporte social são claros para famílias sobre considerável *stress* e para famílias que experimentam todos os dias o *stress* da vida moderna.

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 -.

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.

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.

5) Há momentos nos quais os amigos e profissionais são melhores fontes de suporte do que os parentes.

Torna-se evidente a ligação que existe entre o suporte social a outras perturbações psicológicas como o stress e depressão-pós-parto. Ainda que de um 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:

1) *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*;

2) *A não existência de suporte social é fonte de stress* - Considera que a falta de suporte social é ela própria geradora de *stress*;

3) *A perda de suporte social é um stressor* - Considera que se se tem suporte social e se o perde, o *stress* surge;

4) *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, que 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 uma criança carecem em geral de apoio por parte do marido ou de alguém que o substitua em alternativa (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 a 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 Harris (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*». (op. 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. No caso das mães de gémeos é fácil antecipar que, provavelmente, o melhor tipo de apoio será outro par de mãos para a ajudar no cuidar dos gémeos e da própria casa.

3. Auto.Eficácia

Ter um bebé pela primeira vez é antes de mais um grande desafio para os novos pais, que se vêem confrontados com novas tarefas, para os quais na grande maioria são completamente desconhecidas. Talvez por esta razão, o maior medo e também a maior vontade dos pais seja saber como cuidar de uma criança e como ser um bom pai. Tal como revela o estudo desenvolvido com um grupo de mães que foram ao pediatra, apenas 30% estava preocupada com a saúde física do bebé, já que os restantes 70% das mães estavam preocupadas com os problemas relacionados com o como ser mãe e o desenvolvimento da criança (Hickson, Altemier & O'Connor, 1983). «Como ser mãe», está claramente ligado a competências maternas, o que sabemos estar ligado ao sentido de auto-eficácia.

Ainda que na gravidez e puerpério as competências maternas assumam uma relevância importante, não foi encontrado, com base na pesquisa bibliográfica efectuada, nenhum estudo realizado sobre a importância da auto-eficácia das mães no momento da gravidez e puerpério, quer numa situação de filhos singulares, quer numa situação de filhos múltiplos. No entanto,

foram encontrados alguns estudos que nos permitem pensar sobre a importância desta variável no momento da maternidade e assim, fazer a ponte para uma situação de bebés múltiplos.

Tal como se encontra definida, a auto-eficácia é uma variável cognitiva com uma função motivacional (Bandura, 1977, 1981, 1982, 1983, 1991, in Ribeiro, 1997), 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'Leary, 1985, in Ribeiro, 1997). Desta forma, entre os distintos 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 foi o autor que 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 realizar algo, mas mesmo assim não o fazem de modo eficaz. Ter conhecimento e possuir os *skills* necessários não chega para atingir muitas vezes os objectivos a que nos propomos atingir. A verdade, é que existe uma diferença entre o indivíduo possuir capacidades e ser capaz de utilizá-las nas diferentes situações. É a auto-eficácia percebida pelo sujeito que funciona independentemente das capacidades subjacentes (Scunk, 1984; in Nogueira e Mesquita, 1992). Assim, um rendimento adequado exige que o indivíduo seja possuidor de capacidades e acredite que as seja capaz de utilizar eficazmente. 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).

A importância do conceito de avaliação de auto-eficácia reside no seu valor preditivo da acção. 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 & Beyer, 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 de resultado. A expectativa de eficácia pessoal refere-se à convicção que o indivíduo 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 experiência tem confirmado que a expectativa de auto-eficácia é melhor preditor de comportamento futuro do que a expectativa de resultado, locus de controle¹⁰ ou o próprio comportamento passado. 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 envolvido na realização das tarefas e da persistência utilizada perante contrariedades. A expectativa de auto-eficácia também influencia as cognições e emoções.

Segundo o mesmo autor (in Nogueira e Mesquita, 1992) 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 não resiste ao fracasso.

¹⁰ crença de que é o resultado obtido é causado por factores internos ou externos, controláveis ou não pelo sujeito

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.

Esta informação é combinada e processada pelo indivíduo de forma a gerar auto-avaliações de capacidade. Por sua vez, estas avaliações passam a operar 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, por exemplo, no meio, 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 forem 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 eficácia são o maior determinante da escolha de actividades dos indivíduos, da quantidade de esforço que dispendem e do tempo que persistirão 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). 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 retrocessos, 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 confiança nas suas próprias capacidades, tornando-se alvos fáceis do *stress* e depressão.

Ao contrário destas pessoas, aquelas que têm grande confiança nas suas capacidades e como tal, possuem uma auto-eficácia elevada, encaram as tarefas difíceis como um desafio e ser ultrapassado e não como uma ameaça da qual têm que fugir. Encarar as tarefas desta forma estimula o interesse e o envolvimento para a sua boa realização, aumentando o esforço do sujeito diante de falhanços ou retrocessos. No entanto, 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 pessoa têm nas suas capacidades determina a quantidade de *stress*, ansiedade e depressão que sentem em situações difíceis ou 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 ansiedade 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 opioide"* (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 controle 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 parar (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).

No entanto, Bandura não definiu auto-eficácia materna, nem fez qualquer descrição do que é uma mãe eficaz. No entanto, através das suas descrições gerais sobre auto-eficácia, Pires (1997) tentou realizar uma definição deste conceito.

Segundo Pires (1997), a auto-eficácia materna diz respeito à *«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.

De acordo com a teoria de Bandura (1986), as pessoas constróem conhecimento sobre a sua eficácia com base numa série de fontes, sendo uma delas, senão a mais importante, a história prévia de sucessos e insucessos. A eficácia materna também não é construída num vazio, mas sim com base no resultado dos cuidados prestados pela mãe à criança. Quando o bebé nasce, a mãe é confrontada com uma série de tarefas (dar banho, mudar a fralda, alimentar, etc) que podem produzir, consoante o seu resultado, um sentimento de maior ou

menor eficácia. Se a mãe se depara com uma grande dificuldade na realização dessas tarefas, ou se sente maior dificuldade na realização de uma ou outra tarefa específica, é provável que se sinta insegura e pouco eficaz ou competente. Porém, se conseguir realizá-las sem grandes dificuldades, o sentimento de insegurança é afastado para dar lugar a uma sensação de eficácia e competência. Obviamente que a sensação de eficácia não resulta de modo tão linear e objectivo, sendo condicionada por outros aspectos.

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. Se nos primeiros tempos após o nascimento do bebé a mãe puder contar com a ajuda e apoio de alguém (marido, mãe, tia, amigo) 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 e 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 o 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 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 fugir de tarefas difíceis para as quais não se sentisse preparada para realizar com êxito. Em situações

complicadas, como um episódio de choro prolongado, a mãe ficaria a repisar numa série de situações nomeadamente, a sua incapacidade para ultrapassar a situação (atribuição interna do fracasso); o facto desta ser uma tarefa demasiadamente exigente para si; e, as consequências negativas deste falhanço. O aparecimento destes pensamentos iriam desviar a atenção da mãe da tarefa a realizar, prejudicando o seu esforço no sentido de ultrapassá-la. As experiências de falhanço ou insucesso conduziriam a uma maior desmotivação e sensação de não competência. Em contrapartida, uma mãe com elevada confiança ou seja, com uma auto-eficácia elevada, iria 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. Se o choro não parasse, a mãe iria aumentar o seu esforço no sentido de ultrapassá-lo, atribuindo o falhanço à falta de esforço requerido até aí. Desta forma, 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.

Tal como já foi referido, Cutrona e Troutman (1986), realizaram um estudo onde verificaram que o temperamento difícil das crianças estava relacionado negativamente com a auto-eficácia materna e positivamente relacionado com a depressão materna. Observaram que a avaliação ante-natal do suporte social se relacionava com a presença de sintomatologia depressiva no 3º mês do pós-parto. As mulheres com elevados níveis de suporte social durante a gravidez, referiam, subsequentemente, elevados níveis de auto-confiança no desempenho parental e, conseqüentemente, manifestavam menos sintomas depressivos. Desta forma, quando as mães têm a quem recorrer para os cuidados a prestar à criança, têm maior auto-

eficácia na sua própria competência do desempenho das tarefas maternas. Esse sentimento de competência protege contra o aparecimento de sintomas depressivos.

Num estudo anterior, 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.

Ora, numa situação de nascimentos múltiplos, e tendo como base a literatura existente sobre o conceito de auto-eficácia, podemos antecipar que esta é sem dúvida uma situação onde o sentido de eficácia das mães é mais posto em causa.

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 auto-conceito e a auto-estima da mãe; o apoio recebido dos outros significativos para ela, nomeadamente o marido; e, o número de filhos (Pires,1997). O número de filhos é sugerido como um acontecimento que interfere com o sentido de eficácia da mãe e, ainda que nos pareça que o autor faça referência a filhos separados nos seus espaços de idade, podemos pensar que na situação de gémeos ou mais, em que as necessidades são impostas todas elas ao mesmo tempo, esta interferência seja ainda mais acrescida.

De acordo com Bandura (1982), as percepções de auto-eficácia condicionam a quantidade de esforço que as pessoas dispõem numa tarefa e a quantidade de tempo que vão persistir diante de obstáculos ou experiências aversivas. Se pensarmos no confronto de uma mãe com uma situação de nascimento múltiplo, uma situação por si só indutora de *stress*, podemos prever que a sua capacidade para lidar com esta situação vai depender da sua percepção de auto-eficácia. Assim, se se tratar de uma mãe com baixa confiança em si própria

(baixa auto-eficácia) a situação vai ser sentida como mais ameaçadora em relação a uma mãe com alta confiança em si própria (auto-eficácia elevada). No primeiro caso, os sentimentos de insegurança são mais exacerbados e a percepção de que se consegue ultrapassar a situação é mais posta em causa, podendo mesmo levar a mãe a desistir do seu papel.

Questão de Investigação

De acordo com a revisão de literatura apresentada anteriormente e dado a existir em Portugal uma grande lacuna no que se refere a estudos sobre a adaptação materna a uma situação de nascimentos múltiplos, parece-nos oportuno aprofundar os nossos conhecimentos dentro desta área. Deste modo, pretendemos conduzir a nossa investigação tendo como base a seguinte questão de investigação:

- Será que existem diferenças significativas entre as mães de filhos múltiplos e as mães de filhos singulares ao nível da adaptação materna?

Tendo já sido definido que o nosso conceito de adaptação materna assenta num conjunto de variáveis psicológicas já definidas, pretendemos saber se existem diferenças significativas entre as mães de filhos múltiplos e as mães de filhos singulares ao nível da depressão, ansiedade, stress, satisfação com o suporte social e auto-eficácia.

Metodologia

Participantes

A população do nosso estudo é constituída por 86 mulheres, divididas em dois grupos: 1) mães de filhos múltiplos (nascimento de duas ou mais crianças) e 2) mães de filhos singulares (nascimento de uma só criança). O primeiro grupo constitui o nosso grupo de estudo e é formado por 43 mães; o segundo grupo constitui o nosso grupo de comparação e é igualmente formado por 43 mães.

Seleção dos participantes

O grupo de estudo foi o primeiro a ser recolhido. Para tal, foi feita uma selecção das participantes entre a população utente da consulta de Gravidez Múltipla, da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, no modo que especificamos de seguida:

1. Depois de consultar os registos das mulheres que frequentaram a consulta de Gravidez Múltipla, procedemos ao levantamento dos processos das direcções daquelas que interessavam ao nosso estudo.

2. Foi enviada uma carta (anexo 1) por correio a todas as mães, onde estava referido os objectivos do estudo em questão, tendo sido utilizadas estratégias no sentido de aumentar a adesão das mães na sua participação, salvaguardando sempre a confidencialidade e anonimato das mesmas.

Na carta era pedido às mães que preenchessem o questionário de identificação e as escalas, que junto vinham anexados (anexo 2), estando explicado de forma clara e sucinta as instruções para o seu preenchimento. Junto vinha um envelope, já selado e endereçado ao Serviço de Psicologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, no qual as mães deveriam colocar os questionários já preenchidos por forma a fazer a sua devolução.

Segundo Ribeiro (1999), o autopreenchimento dos questionários pode ser feito sem a presença do avaliador ou testador. O mesmo autor (1995) verificou que o tipo de preenchimento por correio (*mail type*), não produziu resultados diferentes em amostras da mesma população que responderam na presença do psicólogo ou em casa com devolução posterior.

3. Das 75 cartas enviadas, recebemos resposta a 68 cartas, sendo que 15 delas correspondiam a mães que não preenchiam todos os critérios que tinham sido previamente definidos para a selecção das participantes.

O grupo de comparação foi recolhido posteriormente, e constitui uma amostra de conveniência, com características idênticas às do grupo de estudo.

A população do nosso estudo é constituída por mulheres que satisfazem os seguintes critérios:

- a) Idade materna compreendida entre os 20-40 anos;
- b) Idade do(s) bebé(s) compreendida(s) entre os 3m e 24m;
- c) Estado civil da mãe casada ou a viver maritalmente, há pelo menos 6m;
- d) Vigilância médica durante a gravidez
- e) Raça caucasiana
- f) Nível de instrução da mãe igual ou superior ao 4º ano de escolaridade

Deste modo, foram seleccionadas para o grupo de estudo 43 mães de filhos múltiplos e para o grupo de comparação 43 mães de crianças singulares.

Através do questionário de identificação foi possível aceder às características socio-demográficas mais relevantes da amostra, que são apresentadas nos seguintes quadros:

Quadro 1 - Distribuição da amostra por **Idade Materna**

	20-25	26-30	31-35	36-40	Total
G.Estudo	5	17	11	10	43
G.Comparação	12	19	9	3	43
N	17	36	20	13	86

Quadro 2 - Distribuição da amostra por Escolaridade

	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	10º-11º	12º	Universid.	Total
G.Estudo	7	3	11	2	7	14	43
G.Comparação	2	2	7	8	9	15	43
N	9	5	18	10	16	29	86

1ºCiclo - 4º ano; 2º Ciclo - 5º e 6º ano; 3º Ciclo - 7º, 8º e 9º ano

Quadro 3 - Distribuição da amostra pelo Estado Civil da mãe

	Casada	Viver maritalmente	Total
G.Estudo	32	11	43
G.Comparação	32	11	43
N	64	22	86

Quadro 4 - Distribuição da amostra por Nº de filhos anteriores

	0	1	2	3	Total
G.Estudo	29	10	3	1	43
G.Comparação	30	12	0	1	43
N	59	22	3	2	86

Quadro 5 - Distribuição da amostra por Planeamento da Gravidez

	Sim	Não	Total
G.Estudo	34	9	43
G.Comparação	32	11	43
N	66	20	86

Quadro 6 - Distribuição da amostra por Tratamento p/ aparecimento da Gravidez

	Sim				Não	Total
	FIV	IA	IO	Total		
G.Estudo	7	9	3	19	24	43
G.Comparação	0	0	0	0	43	43
N	7	9	3	19	67	86

FIV - Fertilização in Vitro; IA - Inseminação Artificial; IO - Indução de Ovulação

Quadro 7 - Distribuição da amostra por Tipo de Parto

	Eutócico	Cesariana	Eutócico/prematuro	Cesariana/prematuro	Total
G.Estudo	14	8	7	14	43
G.Comparação	38	5	0	0	43
N	52	13	7	14	86

Quadro 8 - Distribuição da amostra por **Complicações durante o Parto**

	Sim	Não	Total
G.Estudo	4	39	43
G.Comparação	2	41	43
N	11	75	86

Apenas para o Grupo de EstudoQuadro 9 - Distribuição do grupo de estudo por **Gravidez Múltipla**

	Gemelar	Trigemelar	Total
G.Estudo	39	4	43
N	39	4	43

Quadro 10 - Distribuição do grupo de estudo por **Tipo de Gémeos**

	Gêmeos					Trigêmeos			Total
	Homozigóticos		Heterozigóticos			Homo/Hetero			
	F/F	M/M	F/F	M/M	F/M	F/F	M/M	F/M	
G.Estudo	6	8	4	10	11	0	1	3	43
N	14		25			4			43

Resumidamente, podemos caracterizar a nossa amostra, na sua grande maioria, do seguinte modo:

- Idade materna - a maioria das mães do nosso estudo apresenta uma idade compreendida entre os 26-30 anos;
- Escolaridade - a maioria tem um nível de ensino universitário;
- Estado civil - maioritariamente casadas.
- Nº de filhos anteriores - a grande maioria não tem filhos;
- Planeamento da gravidez - no geral quase todas as mães fizeram planeamento;
- Tratamento para o aparecimento da gravidez - a maioria não realizou qualquer tratamento. No entanto, há que ter em atenção que no grupo de estudo quase metade realizou tratamentos de fertilidade, enquanto que nenhuma situação desta natureza se verifica no grupo de comparação;

- Tipo de parto - a maioria realizou o parto dito normal, apesar de ser importante olhar para o elevado nº de cesarianas realizadas no grupo de estudo em relação ao grupo de comparação;

- Complicações durante o parto - não
- Gravidez múltipla - verificou-se uma maior incidência para a gravidez gemelar
- Tipo de gémeos- a maioria dos gémeos são heterozigóticos.

Os dados sociodemográficos da nossa amostra vão em concordância com os referidos na literatura nomeadamente, o facto da realização de tratamentos para a fertilidade estar associada ao aparecimento de uma gravidez múltipla; a maioria dos partos em gravidez múltipla ser cesariana, associado a uma prematuridade; a idade das mães de gémeos situar-se num intervalo mais elevado; a incidência de gémeos heterozigóticos ser mais elevada em relação aos gémeos homozigóticos.

Material

Os instrumentos que fizeram parte da selecção que efectuámos, tendo em vista a avaliação das mães da nossa amostra, foram empregues na sua versão original ou numa versão adaptada, conforme se explica a seguir.

Todos os instrumentos foram previamente utilizados, pelo investigador que conduziu posteriormente o estudo empírico, no sentido de minimizar as dúvidas relativas à sua administração, à compreensão dos itens, bem como à sua respectiva cotação.

De seguida, passamos a fazer uma breve caracterização do material que utilizámos para este estudo. Por forma a utilizar a Escala de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e

Lovibond (1983), foi realizada a adaptação da escala para a população portuguesa, pelo que apresentamos os resultados relativos ao estudo psicométrico que efectuamos com a versão por nós traduzida do instrumento.

Os instrumentos que passamos a descrever nas suas principais características de construção e psicométricas são apresentados (anexo 2), nas versões que foram utilizados neste estudo empírico. O quadro que apresentamos em seguida, especifica os instrumentos empregues e sistematiza o objectivo a que se destina cada um deles, isto é, a variável que é estimada a partir dele.

Quadro 1 - Instrumentos utilizados e Objectivos a que se destinam

Instrumento	Objectivos
Questionário de Identificação	Identificação e características sociodemográficas
Escala de Depressão Ansiedade e Stress	Avaliação discriminativa dos estados emocionais de Depressão Ansiedade e Stress
Escala de Satisfação com o Suporte Social	Avaliação da satisfação dos sujeitos com o apoio social prestado pela família, amigos, suporte íntimo e actividades sociais
Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral	Avaliação do sentimento de capacidade e competência do sujeito em diferentes situações

Todos os instrumentos utilizados são de autopreenchimento ou seja, preenchidos pelo próprio sujeito. Quanto ao tipo de resposta, esta é dada numa escala de Likert, que consiste numa série de afirmações sobre as quais o sujeito deve indicar o seu grau de concordância. São apresentados uma série de itens relacionados com o constructo a ser avaliado, e sobre os quais o sujeito responde assinalando uma posição numa escala apresentada. As escalas de Likert incluem vários itens que ao serem somados produzem uma nota total.

1. Questionário de Identificação

O questionário de identificação foi desenvolvido pelos autores do estudo e permitiu a recolha dos dados sociodemográficos necessários à selecção e caracterização da amostra.

O Quest. Ident. inclui itens referentes às características sociodemográficas do sujeito: (idade, estado civil, habilitações literárias) e inclui itens que se referem ao momento da gravidez e parto (planeamento da gravidez, realização de algum tratamento para o aparecimento da gravidez, vigilância médica, tipo de parto e complicações durante o parto). No Quest. Ident. entregue ao grupo de mães de filhos múltiplos foram ainda incluídos itens relacionados com a gravidez múltipla (gemelar ou trigemelar) e com os filhos múltiplos (homozigóticos ou heterozigóticos).

2. Escala de Depressão Ansiedade e Stress

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

Método

Participantes: O processo de adaptação da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress, foi realizado numa amostra de 200 sujeitos (162 raparigas e 38 rapazes), estudantes de Psicologia do 1º, 2º e 3º ano, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. A média de idades foi de 20 anos.

Medidas : A Escala de Depressão, Ansiedade e Stress, como o próprio nome indica, procura avaliar os estados afectivos de depressão, ansiedade e stress. É uma escala constituída por 42 itens, que representam um conjunto de frases, que remetem para sintomas emocionais negativos. Para cada frase 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, numa escala de 4 pontos de severidade/frequência: «não se aplicou nada a mim»; «aplicou-se a mim algumas vezes»; «aplicou-se a mim muitas vezes»; «aplicou-se a mim a maior parte 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 muitas vezes).

A DASS é constituída por três escalas: depressão, ansiedade e stress, incluindo cada uma delas 14 itens (ver tabela 3). Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos 14 itens relevantes para cada uma.

Procedimento: O estudo da adaptação da escala ao contexto português prosseguiu vários objectivos. O primeiro consiste no estudo da estrutura factorial da escala e no maior grau de diferenciação entre as três escalas da versão original, respeitando o resultado factorial original dos autores. A análise de componentes principais permite verificar, de modo empírico, como os itens se distribuem pelas escalas. O segundo objectivo corresponde à avaliação da consistência interna das escalas resultantes (α de Cronbach). Por último, procedemos à reflexão das características da escala.

Uma vez que a escala original foi construída em língua inglesa, realizámos uma tradução dos itens e, posteriormente, uma retrotradução no sentido de garantir a exactidão da tradução linguística. Manteve-se a mesma estrutura da escala original, misturando de forma aleatória os itens correspondentes às diferentes escalas. Uma vez traduzidos os itens, foi feita

uma reflexão sobre estes, no sentido de perceber se estes avaliavam aquilo que os autores no original pretendiam avaliar. Após esta avaliação, e estando construída a escala, foi feita a passagem do questionário, para posteriormente, ser realizado o tratamento psicométrico dos itens.

Resultados

Estatística Descritiva: As médias, desvios-padrão encontram-se na tabela 1. As inter-correlações entre as escalas encontram-se na tabela 2.

Tabela 1

	Depressão	Ansiedade	Stress
N	200	200	200
Média	12,34	5,74	6,00
Desvio padrão	6,56	5,45	6,82
Mínimo	,00	,00	,00
Máximo	38,00	28,00	38,00

Tabela 2

	Stress	Ansiedade	Depressão
Stress Pearson Correlation	1,000	,661**	,603**
Ansiedade Pearson Correlation	,661**	1,000	,588**
Depressão Pearson Correlation	,603**	,588**	1,000

** Correlação é significativa para um nível de 00,1

Os resultados indicam a existência de uma correlação positiva significativa entre as três variáveis que compõem a escala, o que significa que estas variam no mesmo sentido.

Principais Componentes na Análise Factorial: No modelo original (Lovibond & Lovibond, 1983), a primeira aproximação utilizada para testar o factor estrutural da DASS, que foi desenvolvida utilizando múltiplos grupos de análise factorial, foi a análise factorial dos componentes principais. Foram especificados três factores, por forma a permitir que emergissem três escalas, se suportados pelos dados.* Os primeiros três factores juntos

* Quando foram dois factores especificados, os factores ansiedade e stress colidiram num só. Quando foram especificados 4 factores, os itens que descreviam a impaciência na escala de stress formaram um factor separado, e quando foram especificados 5 factores, a escala de ansiedade dividiu-se em dois factores, correspondendo a sintomas "autonomic" e subjectivos.

contaram com 41.3% da variância dos itens. A rotação oblíqua produziu três factores correlacionados que reproduziram as três escalas da DASS, com uma excepção: o item 10 da ansiedade ("Tive medo de não conseguir enfrentar tarefas simples porque não estou familiarizado com elas") pesou de forma mais elevada como um factor de stress do que como um factor de ansiedade. Em geral, a maioria dos itens recebeu um peso elevado ou moderado nos seus próprios factores e um baixo peso nos outros 2 factores. As correlações entre os factores foi: Depressão-Ansiedade $r = 0,42$; Ansiedade-Stress $r = 0,46$; e, Depressão-Stress $r = 0,39$.

Tal como a escala original, a nossa escala também foi submetida a uma análise de componentes principais (ACP), onde se utilizou uma solução de rotação oblíqua forçada a 3 factores, incluindo os 42 itens, por forma a comprovar a existência de um determinado tipo de distribuição factorial (tabela 3). Os primeiros três factores juntos contaram com 46,02% da variância dos itens (Depressão 32,49; Ansiedade 5,6; Stress 7,9). As correlações entre os factores foi: Depressão-Ansiedade $r=0,59$; Ansiedade-Stress $r = 0,66$; e, Depressão-Stress $r = 0,60$.

Definiram-se os seguintes critérios para a selecção dos itens da escala: 1) *validade convergente* de cada item com o factor que satura (valor de correlação item-factor igual ou superior a 0,40); 2) *validade discriminante* (valor de diferença entre diferentes correlações igual ou superior a 0,15); e, 3) cada factor deve ter 14 itens.

A escala apresenta uma estrutura semelhante à original, pelo que não se modificou nenhum item relativamente à escala original.

Estudo do Grau de Fidelidade: Para a avaliação do grau de fidelidade das diferentes escalas, foi realizada uma análise por meio do Alpha de Cronbach. Os resultados da consistência interna (coeficiente α) podem ser considerados como bons para as três escalas: Depressão 0,93; Ansiedade 0,83; Stress 0,88. Na escala original a consistência interna para

cada escala da DASS foi: Depressão 0,91; Ansiedade 0,84; Stress 0,90, valores semelhantes aos encontrados anteriormente.

Cotação: Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos 14 itens relevantes para cada uma. Sendo que existem 4 possibilidades de resposta, a nossa escala tem 4 pontos. O total de pontos pode nos dar um perfil do sujeito nas diferentes escalas. A pontuação da escala é feita de acordo com a categoria de resposta que o sujeito escolhe (há uma correspondência entre a categoria da resposta e o valor da pontuação).

Quanto mais elevado for o score total para cada escala, maior serão os níveis de Depressão, Ansiedade e Stress.

Nota: A presente escala já tinha sido estudada em Portugal por Alves, Carvalho e Baptista (1999), mas pelo facto de apresentar diferenças significativas relativamente à versão original, nomeadamente em relação à validade de conteúdo, o que altera radicalmente a estrutura da escala, considerámos pertinente um novo estudo, o mostrou uma estrutura idêntica à dos autores originais.

Tabela 3 - Lista dos itens da DASS

ESCALA Subescala Item	Factor Loading		
	1	2	3
DEPRESSÃO			
Disforia			
Senti-me desanimado e melancólico	72		
Senti-me triste e deprimido	67		
HOPELENESS			
Não consegui ver nada no futuro para ter esperança	82		
Senti que não tinha nada a esperar do futuro	70		
DEVALUATION da vida			
Senti que a vida não tinha sentido	80		
Senti que a vida não valia a pena	76		
SELF-DEPRECIATION			
Senti que não tinha valor	77		
Senti que não tinha muito valor como pessoa	80		
LACK OF INTEREST/INVOLVEMENT			
Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo	80		
Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	70		
ANHEDONIA			
Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	60	50	
Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	76		
Inercia			
Parecia-me não estar a conseguir ir mais além	62		
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	63		
ANSIEDADE			
Autonomic arousal			
Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico		52	55
Tive suores intensos que não foram provocados por temperatura elevada ou exercício físico			65
Senti a minha boca seca			55
Senti dificuldades em respirar			57
Tive dificuldades em engolir			53
Skeletal musculature effects			
Senti-me a fraquejar (por ex., sem força nas pernas)	43		44
Senti tremores (por ex., nas mãos)		35	59
Ansiedade Situacional			
Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	43	43	33
Estive em situações que me provocaram tanta ansiedade que fiquei aliviado quando consegui sair delas		63	32
Tive medo de não conseguir enfrentar tarefas simples porque não estou familiarizado com elas	36		30
Experiências subjectivas de ansiedade			
Senti-me quase a entrar em pânico		55	57
Senti-me aterrorizado			60
Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso			50
Tive sensações de desmaio			50
STRESS			
Dificuldade em relaxar			
Tive dificuldades em me acalmar		76	
Senti dificuldade em acalmar-me depois de algo que me aborreceu		62	
Senti dificuldade em me relaxar	45	50	
Nervous arousal			
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa		77	
Estive num estado de tensão nervosa		76	
Facilmente agitado/chateado			
Dei por mim a ficar aborrecido com grande facilidade		62	
Dei por mim a ficar aborrecido com coisas triviais do dia a dia		53	
Dei por mim a ficar agitado		61	
Irritável/ over-reaction			
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações		64	
Senti-me muito irritável		68	
Senti que por vezes estava sensível		59	
Impaciência			
Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer		54	33
Dei por mim a ficar impaciente quando me faziam esperar		44	33
Tive dificuldade de tolerar ser interrompido no que estava a fazer		38	44

3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi construída por Ribeiro (1999), com o objectivo de medir a satisfação que o sujeito tem do suporte social existente. « *É uma medida de percepção social, na assunção que esta percepção é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida* (Ribeiro, 1999, pg.551) ».

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 se deve 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 cada categoria de resposta corresponde mais um ponto do que na anterior, entre um mínimo de 1 (concordo totalmente) e um máximo de 5 (discordo totalmente).

A escala é constituída por quatro sub-escalas que avaliam diferentes aspectos do suporte social, nomeadamente: 1) Satisfação com Amizades (SA); 2) Intimidade (IN); 3) Satisfação com Família (SF); e, 4) Actividades Sociais (AS).

A sub-escala Satisfação com Amizades mede a satisfação do sujeito com relação às amizades/amigos que tem, e inclui 5 itens:

-
- Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria
 - Estou satisfeita com a quantidade de amigas que tenho
 - Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos
 - Estou satisfeita com as actividades e coisas que faço com o grupo de amigos que tenho
 - Estou satisfeita com o grupo de amigos que tenho
-

A sub-escala Intimidade mede a percepção da existência de suporte social íntimo, e inclui 4 itens:

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

-
- Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer
 - Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas
-

A sub-escala Satisfação com Família mede a satisfação do sujeito com o suporte familiar existente, e inclui 3 itens:

-
- 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
 - Estou satisfeita com o que faço em conjunto com a minha família
-

A sub-escala Actividades Sociais mede a satisfação com as actividades sociais que o sujeito realiza, e inclui 3 itens:

-
- Não saio com amigos tantas vezes quanto gostaria
 - Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam
 - Gostaria de participar mais em actividades de organizações (ex^o- clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos)
-

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

A cotação das respostas é feita do seguinte modo. Aos itens de construção positiva (2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11 e 12) é atribuída uma pontuação inversa da 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 respostas.

Quanto mais elevado for o score total, melhor será a satisfação do sujeito com o seu suporte social.

4. Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral (EAAG)

No âmbito da Psicologia da Saúde, Ribeiro (1995) apresentou a Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral (EAAG), que resultou da adaptação portuguesa da "The Self-Efficacy Scale" de Sherer et al. (1982). Ribeiro, pretendeu desenvolver um instrumento que avaliasse a auto-eficácia geral. Bandura (1977), considera que a avaliação da auto-eficácia deve ser específica da situação, mas também considera que *«algumas experiências (...) desencadeiam um sentido de eficácia mais generalizado que vai bem além da situação específica»* (Ribeiro, 1995). Segundo Ribeiro (1995), é à avaliação desta auto-eficácia geral que a presente escala se destina.

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 1 (discordo totalmente) e um máximo de 7 (concordo totalmente).

A escala é constituída por três sub-escalas que avaliam as seguintes dimensões da eficácia: 1) Iniciação e Persistência (IP); 2) Eficácia Perante a Adversidade (EPA); e, 3) Eficácia Social (ES).

A sub-escala da Iniciação e Persistência qualifica a apreciação que o sujeito faz em relação à sua vontade para iniciar e completar uma acção. Inclui 6 itens:

-
- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los
 - Quando estabeleço objectivos importantes para mim, raramente os consigo alcançar
 - Sou uma pessoa auto-confiante
 - 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
-

A sub-escala da Eficácia Perante a Adversidade avalia a vontade do sujeito para persistir numa actividade, diante de situações adversas. Inclui 5 itens:

-
- Quando não consigo fazer coisas à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir
 - Se uma coisa me parece complicada, não tento sequer realizá-la
 - Normalmente, desisto das coisas antes de as ter acabado
 - Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente
 - Desisto facilmente das coisas
-

A sub-escala da Eficácia Social qualifica as expectativas do sujeito perante situações sociais. Inclui 4 itens:

-
- 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
 - As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer novos amigos
-

A presente escala foi sujeita a uma análise factorial, onde foi escolhida uma solução com 3 factores que explicava 52,9% da variância total. No que se refere à fidelidade da escala verificou-se através da consistência interna traduzida, no coeficiente α de Cronbach (α total=84), que as diferenças individuais encontradas, são diferenças reais relativas à característica avaliada. As sub-escalas definidas pela análise factorial apresentam um α 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). Uma vez que o α total é $>0,80$ escala apresenta uma boa consistência interna.

Sendo que existem para cada frase 7 possibilidades de resposta, a nossa escala tem 7 pontos. O total de pontos pode nos dar um perfil do sujeito nas diferentes sub-escalas (IP, EPA e ES) ou numa nota global da auto-eficácia geral.

A cotação das respostas é feita da seguinte forma: aos itens de construção negativa (3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14 e 15) é atribuída uma pontuação inversa da referida pelo 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 por forma que um resultado mais elevado indique uma melhor percepção de eficácia.

Quanto mais elevado for o score total, melhor será a percepção de eficácia do sujeito.

Procedimento

A recolha de dados do grupo de estudo, mães de filhos múltiplos, foi efectuada entre os meses de Setembro e Dezembro de 2000, a partir dos registos de mulheres que frequentaram a consulta de Gravidez Múltipla da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Tendo sido seleccionadas as participantes, foi enviada para casa uma carta, pelos serviços administrativos da maternidade, onde as mães eram convidadas a participar no estudo. Juntamente vinham anexados o questionário de Identificação e as restantes escalas, que deveriam ser preenchidas pelas mães. A carta também continha outro envelope, já selado e

endereçado, onde deveriam ser colocados os questionários já preenchidos e proceder à sua devolução.

Os dados referentes ao grupo de comparação, mães de filhos singulares, foram recolhidos de uma amostra de conveniência, entre os meses de Novembro e Dezembro de 2000. O procedimento utilizado para a recolha dos questionário foi idêntica à utilizada com o grupo de estudo.

Seguidamente, foi feita a ordenação e cotação dos instrumentos, tendo sido elaborada uma base de dados com as respostas dos sujeitos e, posteriormente, realizado o tratamento estatístico dos dados.

O tratamento estatístico foi efectuado no programa SPSS para o Windows. Com os resultados obtidos nos instrumentos aplicados à amostra do presente estudo, foi construída uma base de dados, que foi posteriormente trabalhada.

Antes de realizarmos a análise estatística dos dados, tivemos que fazer uma escolha sobre qual o teste estatístico que iríamos utilizar. Esta escolha, que varia «*consoante a natureza da distribuição dos resultados, ou das técnicas de recolha de dados*» «*diz respeito às técnicas estatísticas de análise de dados paramétricos e não paramétricos* (Ribeiro, 1999, p.59)».

Todos os instrumentos utilizados no estudo utilizavam uma escala de Likert¹, sendo que este tipo de escala produz uma escala ordinal que deve ser tratada com estatística não paramétrica (in Ribeiro, 1999). No entanto, segundo Ribeiro (1999) muitos autores defendem que, caso se esteja na presença de medidas ordinais de boa qualidade, chega-se aos mesmos resultados quer se utilize estatística paramétrica ou não paramétrica (Fife-Shaw, 1995; Miller, 1984; Reckase, 1990).

¹ consiste numa série de afirmações sobre as quais o sujeito deve indicar o seu grau de concordância, com base numa escala de intensidade/severidade

Deste modo, no presente estudo foi utilizada uma estatística paramétrica, pois apesar de tecnicamente dever ter sido utilizada uma estatística não paramétrica, a verdade é que pelo facto de ambas produzirem resultados semelhantes e a estatística paramétrica ser mais poderosa, utilizámos para o tratamento dos nossos dados a estatística paramétrica.

Tendo sido escolhido o tipo de estatística a ser utilizada, fomos debruçarmo-nos sobre qual o tipo de teste que seria utilizado para o estudo dos dados da nossa amostra. Uma vez que pretendíamos comparar dois grupos independentes, mães de filhos múltiplos e mães de filhos singulares, em relação a um conjunto de variáveis, utilizámos o **teste t de student**.

O nível de significância utilizado foi de 0,05, o que significa que o intervalo de confiança dos resultados é de 95%.

Em seguida, procurámos avaliar a intensidade da relação entre duas variáveis, calculando o coeficiente de correlação entre essas mesmas variáveis. Conforme a estatística utilizada, estatística paramétrica, foi utilizado o coeficiente de correlação linear de **Pearson**, **r**, que nos permitiu averiguar qual o tipo de correlação que as variáveis têm entre si - positiva, negativa ou nula.

Quando a correlação é positiva, isso significa que as variáveis variam no mesmo sentido, havendo entre elas uma relação directa. Quando a correlação é negativa, significa que as variáveis variam no sentido inverso, em sentido oposto uma da outra. Quando a correlação é nula, concluímos que não existe qualquer relação entre as variáveis. O facto de existir uma relação entre duas variáveis não significa que haja uma relação de causalidade, uma vez que não sabemos qual a variável que influencia qual.

Resultados

1. Em primeiro lugar, fomos verificar se existiam diferenças significativas entre os dois grupos em estudo, mães de filhos múltiplos (**grupo de estudo**) e mães de filhos singulares (**grupo de comparação**) com respeito às variáveis estudadas: depressão, ansiedade, stress, suporte social e auto-eficácia.

↳ No sentido de verificar a existência de diferenças significativas entre o grupo de mães de filhos múltiplos e o grupo de mães de filhos singulares na escala de Depressão, Ansiedade e Stress, recorreu-se ao teste t de student para amostras independentes.

Tabela 1 - Diferenças entre o grupo de estudo e o grupo de comparação para a Escada da Depressão, Ansiedade e Stress

	N	<u>M</u> Comparação	N	<u>M</u> Estudo	t
Depressão	43	2,44	43	7,09	0,0001***
Ansiedade	43	2,25	43	4,65	0,027*
Stress	43	6,09	43	11,27	0,001**

* p< 0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

O teste t de student revelou a **existência de diferenças estatisticamente significativas** entre o grupo de mães de filhos múltiplos (grupo de estudo) e o grupo de mães de filhos singulares (grupo de comparação) nas variáveis **depressão, ansiedade e stress**, uma vez que os valores de p< 0,0001, 0,01 e 0,001, respectivamente, são inferiores ao nível de significância de 0,05.

Nesta escala, quanto mais elevado for o resultado obtido, maior serão os níveis de depressão, ansiedade e stress. Tendo em consideração a tabela 1 é possível verificar que é o grupo de estudo aquele que possui as médias mais elevadas em relação ao grupo de comparação. Assim, verificamos que 1) o grupo de estudo tem maiores níveis de depressão ($\underline{M}=7,09$) do que o grupo de comparação ($\underline{M}=2,24$) ($t(84) = -4,01, p < 0,05$); 2) o grupo de estudo tem maiores níveis de ansiedade ($\underline{M}=4,65$) do que o grupo de comparação ($\underline{M}=2,25$) ($t(84) = -2,24, p < 0,05$); e, 3) o grupo de estudo tem maiores níveis de stress ($\underline{M}=11,27$) do que o grupo de comparação ($\underline{M}=6,09$) ($t(84) = -3,47, p < 0,05$).

As mães de filhos múltiplos apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress, comparativamente com as mães de filhos singulares.

↳ No sentido de verificar a existência de diferenças significativas entre o grupo de mães de filhos múltiplos e o grupo de mães de filhos singulares na escala de Percepção de Suporte Social, recorreu-se ao teste t de student para amostras independentes. Foram também efectuada análises t de student entre os dois grupos nas diferentes sub-escalas do suporte social.

Tabela 2 - Diferenças entre o grupo de estudo e o grupo de comparação para a Escada de Percepção de Suporte Social

Suporte Social	N	<u>M</u> Comparação	N	<u>M</u> Estudo	t
Perfil Total	43	59,20	43	53,95	0,024*
Satisfação c/ amizades	43	CAPut!,81	43	18,44	0,134
Intimidade	43	17,04	43	14,30	0,002**
Satisfação c/ família	43	12,90	43	12,30	0,233
Actividades sociais	43	9,44	43	8,90	0,426

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

Ao observarmos a tabela 2, podemos verificar a **presença de diferenças estatisticamente significativas** entre o grupo de mães de filhos múltiplos e o grupo de mães de filhos singulares, quer ao nível do **perfil total** da escala, quer ao nível da sub-escala de **intimidade**. Os valores de $p < 0,024$ e $0,002$ são inferiores ao nível de significância de $0,05$. Nas restantes sub-escalas não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos.

Na presente escala, quanto mais alto for o resultado total, melhor será a satisfação do sujeito com o seu suporte social. Assim, observamos através das médias dos dois grupos (tabela 2) que o grupo de mães de filhos múltiplos (estudo) apresenta valores mais baixos, ao nível do perfil total e sub-escala de intimidade, em comparação com o grupo de mães de filhos singulares (comparação). Podemos então considerar que **1)** o grupo de estudo tem menor satisfação com o seu suporte social ($\underline{M}=53,9$) do que o grupo de comparação ($\underline{M}=59,2$) ($t(84)=2,29; p < 0,05$); e, **2)** o grupo de estudo tem menor suporte de Intimidade ($\underline{M}=14,30$) do que o grupo de comparação ($\underline{M}=17,04$) ($t(84)=3,14; p < 0,05$).

As mães de filhos múltiplos apresentam níveis mais baixos de satisfação com o seu suporte social, particularmente com o suporte social íntimo, em relação às mães de filhos singulares.

↳ No sentido de verificar a existência de diferenças significativas entre o grupo de mães de filhos múltiplos e o grupo de mães de filhos singulares na escala de Auto-Eficácia, recorreu-se ao teste t de student para amostras independentes. Foram também efectuadas análises t de student entre os dois grupos nas diferentes sub-escalas.

Tabela 3 - Diferenças entre o grupo de estudo e o grupo de comparação para a Escada de Auto-eficácia

Auto-eficácia	N	M Comparação	N	M Estudo	t
Perfil Total	43	89,06	43	82,11	0,016*
Iniciação e Persistência	43	35,97	43	32,95	0,025*
Eficácia perante Adversidade	43	30,46	43	28,79	0,145
Eficácia Social	43	22,62	43	20,37	0,020*

* $p < 0,05$

Pelo que podemos observar na tabela 3, foram **encontradas diferenças estatisticamente significativas** entre o grupo de mães de filhos múltiplos (g. estudo) e o grupo de mães de filhos singulares (g. comparação) quer no perfil total da auto-eficácia, quer nas sub-escalas de Iniciação e Persistência a Eficácia Social, uma vez que os valores de p ($p < 0,016, 0,025, 0,020$) são inferiores ao nível de significância de 0,05.

Nesta escala quanto mais elevado for o resultado total, melhor será a percepção de eficácia do sujeito. Observando as médias (tabela 3) dos dois grupos em relação ao perfil total, verificamos que o grupo de estudo apresenta valores mais baixos em relação ao grupo de comparação. Assim, 1) o grupo de estudo tem menor auto-eficácia total ($\underline{M}=82,11$) do que o grupo de comparação ($\underline{M}=89,06$) ($t(84)=2,45; p < 0,05$); 2) o grupo de estudo tem uma menor iniciação e persistência ($\underline{M}=32,95$) do que o grupo de comparação ($\underline{M}=35,97$) ($t(84)=2,274; p < 0,05$); 3) o grupo de estudo tem uma menor eficácia social ($\underline{M}=20,37$) do que o grupo de comparação ($\underline{M}=22,62$) ($t(84)= 2,374; p < 0,05$);

As mães de filhos múltiplos têm uma percepção de eficácia mais baixa comparativamente com as mães de filhos singulares.

2. Em segundo lugar, procurou-se investigar a existência de uma correlação significativa entre as diferentes variáveis em estudo, utilizando um nível de significância de 0,05 e 0,01.

Grupo de Estudo

Tabela 4 - Correlação de Pearson - Depressão, Ansiedade, Stress, Suporte Social e Auto-Eficácia

Variáveis		Stress	Depressão	Ansiedade	PAS Total
AE total	Pearson Correlation	-,464**	-,589**	-5,81**	,626**
	N	43	43	43	43
Stress	Pearson Correlation		,699**	,701**	-,423**
	N		43	43	43
Depres	Pearson Correlation			,787**	-,475**
	N			43	43
Ansied	Pearson Correlation				-,556**
	N				43

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

Através da tabela 4 verificamos a presença de uma correlação significativa entre as cinco variáveis.

Existe uma **correlação negativa significativa** ($p < 0,01$) entre as seguintes variáveis:

- Auto-eficácia - Stress → quanto menor é a auto-eficácia, maior é o nível de stress.
- Auto-eficácia - depressão → quanto menor é a auto-eficácia, maior é o nível de depressão.
- Auto-eficácia - ansiedade → quanto menor é a auto-eficácia, maior é o nível de stress.
- Stress-suporte social → quanto menor é o nível de stress, maior é a satisfação com o suporte social.
- Depressão-suporte social → quanto menor é o nível de depressão, maior é a satisfação com o suporte social.
- Ansiedade-suporte social → quanto menor é o nível de ansiedade, maior é a satisfação com o suporte social.

Existe uma **correlação positiva significativa** ($p < 0,01$) entre as seguintes variáveis:

- Auto-eficácia-suporte social → quanto maior é a auto-eficácia, maior é a satisfação com o suporte social.
- Stress-depressão → quanto maior é a auto-eficácia, maior é o nível de depressão.
- Stress-ansiedade → quanto maior é o nível de stress, maior é o nível de ansiedade.
- Depressão-ansiedade → quanto maior é o nível de depressão, maior é o nível de ansiedade.

❖ Uma vez que a escala da Auto-Eficácia e a escala da Satisfação com o Suporte Social são compostas por diferentes sub-escalas, fomos averiguar as correlações destas com as restantes variáveis.

Tabela 5 - Correlação de Pearson entre os factores das escalas de Auto-Eficácia e Suporte Social e as restantes variáveis

	AE Total	AE IP	AE EPA	AE ES	Stress	Depressão	Ansiedade	PAS Total
AE IP	,877**				-,519**	-,692**	-,697**	,603**
AE EPA	,812**				-,318*	-,484**	-,394**	,499**
AE ES	,669**				-,211	-,114	-,196	,346*
PASSA	,328*	,448**	,386*	,224	-,386*	-,430**	-,427**	,904**
PAS IN	,674**	,666**	,502**	,392*	-,426**	-,483**	-,542**	,843**
PAS SF	,488**	,488**	,341*	,303*	-,327*	-,299	-,365*	,601**
PAS AS	,328*	,272	,323*	,172	-,154	-,231	-,404**	,760**

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

Existe uma **correlação negativa significativa** entre as seguintes variáveis:

- Sub-escala Iniciação e Persistência, e Eficácia perante a Adversidade - Stress, Depressão, Ansiedade.
- Sub-escala de Satisfação com Amigos e Intimidade - Stress, Depressão e Ansiedade.
- Sub-escala de Satisfação com Família - Stress e Ansiedade
- Sub-escala de Actividades Sociais - Ansiedade

Existe uma **correlação positiva significativa** entre:

- todas as sub-escalas da auto-eficácia com o suporte social.
- todas as sub-escalas do suporte social com as sub-escalas de auto-eficácia. No entanto, a sub-escala de suporte social relacionada com actividades sociais não apresenta uma correlação com a sub-escala da auto-eficácia relacionada com a Iniciação e Persistência.

Grupo de Comparação

Tabela 6 - Correlação de Pearson - Depressão, Ansiedade, Stress, Suporte Social e Auto-Eficácia

Variáveis		Stress	Depressão	Ansiedade	PAS Total
AE total	Pearson Correlation	-,172	-,161	-,298	,114
	N	43	43	43	43
Stress	Pearson Correlation		,724**	,684**	-,607**
	N		43	43	43
Depres	Pearson Correlation			,509**	-,519**
	N			43	43
Ansied	Pearson Correlation				-,464**
	N				43

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

Através da tabela 6 verificamos que, ao contrário do que sucedia no grupo de estudo, no grupo de comparação não há qualquer correlação significativa entre a auto-eficácia e as restantes variáveis. A relação entre a variável auto-eficácia e qualquer outra é nula.

Existe uma **correlação negativa significativa** ($p < 0,01$) entre as seguintes variáveis:

- Stress-suporte social → quanto menor é o nível de stress, maior é a satisfação com o suporte social.
- Depressão-suporte social → quanto menor é o nível de depressão, maior é a satisfação com o suporte social.
- Ansiedade-suporte social → quanto menor é o nível de ansiedade, maior é a satisfação com o suporte social.

Existe uma **correlação positiva significativa** ($p < 0,01$) entre as seguintes variáveis:

- Stress-depressão → quanto maior é a auto-eficácia, maior é o nível de depressão.
- Stress-ansiedade → quanto maior é o nível de stress, maior é o nível de ansiedade.
- Depressão-ansiedade → quanto maior é o nível de depressão, maior é o nível de ansiedade.

- ❖ Uma vez que a escala da Auto-Eficácia e a escala da Satisfação com o Suporte Social são compostas por diferentes sub-escalas, fomos averiguar as correlações destas com as restantes variáveis.

Tabela 7 - Correlação de Pearson entre os factores das escalas de Auto-Eficácia e Suporte Social e as restantes variáveis

	AE Total	AE IP	AE EPA	AE ES	Stress	Depressão	Ansiedade	PAS Total
AE IP	,899**				-,200	-,183	-,303*	,157
AE EPA	,917**				-,019	-,081	-,151	-,028
AE ES	,754**				-,231	-,150	-,322*	,170
PASSA	,079	,046	-,509	,239	-,534**	-,455**	-,338**	,824**
PAS IN	,197	,223	,060	,229	-,398**	-,391**	-,344*	,758**

PAS SF	-,096	-,080	-,037	-,137	-,392**	-,355*	-,396**	,413**
PAS AS	,072	,194	-,056	,031	-427**	-,294	-,304*	,797**

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

As sub-escalas da auto-eficácia não apresentam qualquer correlação com as variáveis stress e depressão. Apenas encontramos uma **correlação negativa significativa** entre as sub-escalas da auto-eficácia relacionadas com a Iniciação e Persistência, e Eficácia Social com a variável ansiedade.

As sub-escalas do suporte social apresentam todas uma **correlação negativa significativa** com as variáveis depressão, stress e ansiedade, excepto entre a sub-escala actividades sociais e a variável depressão.

Não existe qualquer correlação entre as sub-escalas de suporte social e a variável auto-eficácia ou qualquer uma das suas sub-escalas.

Discussão

A investigação que realizámos e cujos resultados iremos discutir de seguida, teve como objectivo estudar a Adaptação Materna, que se pretende como um constructo avaliado com base num conjunto de variáveis psicológicas.

Através da análise estatística efectuada, encontramos a presença de diferenças estatisticamente significativas, entre as mães de filhos múltiplos e as mães de filhos singulares, em todas as variáveis consideradas no nosso estudo, o que indica que a adaptação

materna difere significativamente numa situação de nascimento múltiplo em relação a uma situação de nascimento singular.

Ao analisarmos os resultados produzidos pela Escala de Depressão Ansiedade e *Stress*, verificamos que são as mães de filhos múltiplos aquelas que apresentam maiores níveis de depressão, ansiedade e *stress*, relativamente às mães de filhos singulares.

Como temos vindo a referir ao longo deste trabalho, o nascimento de uma criança constitui um momento de grande importância na vida de uma mulher. As alterações que este acontecimento provoca na sua vida e dinâmica familiar, devem-se essencialmente ao facto de se ver confrontada com novas tarefas e responsabilidades, o que cria inevitavelmente expectativas relativamente ao seu bebé e ao seu papel enquanto mãe.

Em concordância com os resultados obtidos por diversos estudos, nomeadamente Thorpe (1991) e Powel (1998), o nosso estudo demonstrou que o nascimento de filhos múltiplos pode afectar o bem-estar emocional da mãe, dado que esta parece estar em maior risco de viver uma depressão e apresentar níveis mais elevados de ansiedade e *stress*.

De acordo com a recolha bibliográfica efectuada, o nascimento de uma criança pode ser sentido pela mãe como uma situação de *stress*, onde os níveis de ansiedade tendem a aumentar, podendo conduzir ao aparecimento de sintomas depressivos. Tendo em conta esta perspectiva, parece compreensível que o nascimento de duas ou mais crianças venha aumentar ou agravar o aparecimento destes estados emocionais. De facto, parece natural que os desafios inerentes ao papel da mãe sejam acrescidos quando se trata de filhos múltiplos, o que pode conduzir ao aumento de sentimentos de insegurança e conseqüentemente, ao medo de falhar e não corresponder às suas próprias expectativas enquanto mãe. Esta situação parece a nosso entender representar um factor de stress e ansiedade directamente proporcional ao número de filhos.

Se pensarmos numa mãe com um filho e noutra com dois ou mais filhos nascidos simultaneamente, podemos perceber que no segundo caso é provável que a mãe sinta um stress adicional. As mães despendem consideravelmente mais tempo a cuidar dos seus bebés, sendo sempre difícil o balanço entre o cuidar dos filhos, de si e da casa. Estes factos podem gerar mais ansiedade na mãe e torná-la mais exposta ao aparecimento de sintomas depressivos.

Assim, a distância entre as expectativas da mãe em relação à sua competência para cuidar de forma adequada do seu bebé e a disponibilidade que vai poder realmente proporcionar à criança, aumenta quando se trata de uma situação de filhos múltiplos, pelo que neste último caso, podemos pensar que a mãe ficará mais «vulnerável» ao aparecimentos de sintomas depressivos.

Pela análise dos resultados da Escala de Auto-Eficácia, verificamos que as mães de filhos múltiplos apresentam um menor sentido de auto-eficácia em comparação com as mães de filhos singulares. Neste sentido, parece pertinente fazer algumas considerações.

Tal como refere Bandura (1982), o conceito de auto-eficácia parece estar relacionado com as dificuldades atribuídas pelo indivíduo às tarefas com que se depara em determinados momentos da sua vida. Ora, se considerarmos o nascimento de uma criança, como um acontecimento que implica a mobilização de estratégias adaptativas por parte da mãe, que dependem de certa forma do seu sentido de auto-eficácia, quando se trata do nascimento de duas ou mais crianças pensamos que podem ocorrer duas situações.

Por um lado, esta mãe pode não possuir um sentimento de confiança suficiente diante dos cuidados a prestar a mais que uma criança ao mesmo tempo, comprometendo a mobilização das estratégias adaptativas necessárias, e assim, comprometer ainda mais o seu sentido de auto-eficácia. Por outro lado, a mãe pode tentar desenvolver de uma forma mais exaustiva as estratégias adaptativas necessárias à situação, o que por si só parece poder

desencadear nela maior *stress*, ansiedade e depressão. O aparecimento destes estados emocionais por sua vez podem exercer uma influência negativa no sentido de auto-eficácia.

Outro aspecto que importa referir relativamente à variável auto-eficácia, remete para o facto desta apresentar uma correlação significativa com as outras variáveis apenas quando se trata do grupo de mães de filhos múltiplos.

Estes resultados sugerem que numa situação de nascimentos simples, o sentido de auto-eficácia da mãe não representa uma variável susceptível de influenciar estados emocionais como a depressão, ansiedade e *stress*, talvez pelo facto do nascimento de **uma** criança corresponder sempre às expectativas da mãe. Queremos com isto dizer, que a mãe quando planeia ou descobre a sua gravidez, inicia todo um processo de adaptação psicológica face à expectativa de vir a ter apenas uma criança. A mãe não planeia ter dois ou três filhos, pelo que, quando tal acontece, todo o processo de adaptação já iniciado terá que ser reajustado. Acreditamos que mediante esta última situação, o sentido de auto-eficácia da mãe passe a assumir uma maior importância, podendo inclusivamente ser posto em causa.

De facto, ainda que os sentimentos de competência possam sempre ser postos em causa aquando do nascimento de uma criança, seja ela uma, duas ou três, parece que na situação em que se trata de um só filho, a mãe já esteja preparada para tal e como tal, neste sentido a variável auto-eficácia não assuma tanta relevância. Porém, ao descobrir que se trata de mais que uma criança, e tendo nós conhecimento que os pais nunca conseguem prever os cuidados realmente necessários numa situação desta natureza, o sentimento de competência e eficácia parece assumir maior relevância. A ideia de todo o trabalho, tarefas e responsabilidades a dobrar, parece sem dúvida poder ser um pensamento assombrador para estas mães. O medo de falhar como mãe parece tornar-se mais evidente, podendo em nosso entender expressar-se em perturbações emocionais como a depressão, ansiedade e *stress*.

Podemos ainda pensar que mãe pode ser capaz de desenvolver os seus próprios recursos e adaptar-se à situação de crise de nascimento de um filho, mas não ter capacidade de mobilizar mais recursos quando de trata de um nascimento múltiplo, em que os vários acontecimentos que ocorrem com a maternidade, se acumulam e o sentido de auto-eficácia pode ser mais posto em causa.

Quanto à satisfação das mães relativamente ao suporte social, os resultados revelam diferenças significativas entre as mães de filhos múltiplos e as mães de filhos singulares, sendo a satisfação menor no primeiro caso. Podemos tentar compreender estes resultados em várias vertentes.

Aquando do nascimento de uma criança, a mãe é confrontada com um bebé real. Durante nove meses, como refere Lebovici, a mãe faz a construção de um bebé imaginário que, aquando do nascimento vai dar lugar a um bebé real. Esta passagem, da representação de um bebé imaginário para um bebé real, é por si só, uma fase de grande mudança para a mãe. Ora, se pensarmos numa situação de nascimento múltiplo, podemos prever que este processo poderá tomar contornos ainda mais complexos. Um ou vários bebés imaginários vão dar lugar aos bebés reais, com todas as suas características e diferentes temperamentos. As dificuldades que esta mãe irá passar, são de uma complexidade que quantitativa e qualitativamente são bastante diferentes das de uma mãe de um filho singular, e neste ponto, o papel do meio parece poder revestir-se de uma importância ainda maior para a mãe.

A este aspecto associa-se ainda uma outra questão. Sabemos que após o nascimento de uma criança a mãe se encontra envolvida numa relação dual de grande intensidade com o bebé. O pai, ocupa neste ecossistema o papel de estabelecer a ligação entre a díade mãe-criança e o exterior. No entanto, se pensarmos numa situação de nascimento múltiplo, percebemos que a necessidade de prestação de cuidados são em maior quantidade, pelo que, um pai que numa situação de um filho singular poderia estar mais liberto destas tarefas e mais

disponível para o suporte da mãe, numa situação de filhos múltiplos encontra-se provavelmente a partilhar tarefas e por isso menos disponível para a mãe.

Em nosso entender, estes aspectos podem ser relacionados com os resultados da nossa escala de suporte social, onde as mães de filhos múltiplos apresentam menor satisfação não só com o seu suporte social geral, mas em particular com o seu suporte íntimo.

Finalmente, em relação ao suporte social, parece-nos importante, nomeadamente no que diz respeito a trabalhos posteriores, clarificar este conceito. De acordo com a nossa escala de suporte social, foi possível avaliar a satisfação das mães em relação a esta variável, não tendo em consideração a sua quantidade ou qualidade. Ou seja, o que nos parece é que se para uma mãe de um filho singular a existência de determinado suporte social é satisfatório, para uma mãe de duas ou mais crianças esse mesmo suporte social poderá já não o ser. Isto significa que a existência de suporte social é a mesma, mas numa situação torna-se suficiente e como tal, percebido como satisfatório, enquanto que na outra situação torna-se insuficiente, conduzindo a um sentimento de insatisfação. Esta insatisfação não estará em princípio ligada à ausência de suporte, mas à falta de disponibilidade que agora é despendido para com a mãe. A rede social continua presente, mas pelo facto de não estar tão voltada para si, porque os cuidados com as crianças tornam-se prementes, a mãe sente-se menos satisfeita.

A presença de uma correlação significativa entre as variáveis em estudo, revela a existência de uma relação entre elas, o que nos faz acreditar que terão sido uma boa escolha enquanto indicadores do nosso conceito de adaptação materna.

Conclusão

No início do nosso estudo definimos o conceito de adaptação materna com base num conjunto de variáveis, depressão, ansiedade, *stress*, suporte social e auto-eficácia, que considerámos como bons indicadores do conceito.

De acordo com os resultados obtidos, verificámos que a adaptação materna a uma situação de nascimento múltiplo difere significativamente da adaptação a uma situação de nascimento singular.

O grupo de mães de filhos múltiplos apresentaram níveis superiores de depressão, ansiedade e *stress* em comparação com as mães de filhos singulares, o que apoia conclusões de trabalhos anteriores nos quais as mães de duas ou mais crianças revelaram um maior número de sintomas de *stress*, com predomínio de ansiedade e como tal, em maior risco de viver uma depressão (Thorpe et al., 1991; Powel, 1998; Bryan, 1992).

Relativamente ao suporte social, as mães de filhos múltiplos revelaram uma menor satisfação com o apoio recebido em relação às mães de filhos singulares. Importa relembrar, que embora alguns estudos se tenham preocupado com esta variável, a nossa metodologia enveredou por um caminho diferente. É o caso de Glaser's e Vermont (1987), que estudaram a importância atribuída pela mãe de gémeos às dimensões do suporte social no sentido de facilitar um melhor ajustamento materno. A nossa abordagem foi no sentido de averiguar a satisfação das mães com o seu suporte social e não o estudo das suas dimensões ou mesmo das pessoas que o podem fornecer.

Uma das limitações do nosso estudo remete para o facto de o termos conduzido no sentido de abordar a auto-eficácia relativamente às mães de filhos múltiplos, apesar de não termos encontrado qualquer suporte teórico de referência. No entanto, se por um lado este

facto constitui uma limitação metodológica que nos foi obviamente impossível de contornar, por outro lado, o facto de termos considerado esta variável constitui um aspecto inovador que esperamos que possa a vir levantar novas questões de investigação, sobretudo pela importância que revelou para as mães do nosso estudo.

Tal como foi referido anteriormente, os nossos resultados apontam no sentido doutras investigações anteriormente realizadas, em que o nascimento de duas ou mais crianças torna a mãe mais vulnerável ao aparecimento de sintomas depressivos e à sujeição de maiores níveis de ansiedade e stress.

Estes resultados vêm reforçar a necessidade de uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde, bem como todos os envolvidos na comunidade, para a situação das mães que têm mais que um filho à nascença.

Sabemos que hoje em dia, as mulheres que descobrem que têm uma gravidez múltipla são alvo de uma forte atenção e cuidados médicos, porque se apresentam numa situação de risco. No entanto, apesar de haver uma preocupação com a gravidez em termos físicos, parece não existir por parte dos profissionais uma maior preocupação e sensibilização para os factores psicológicos e sociais inerentes a uma situação desta natureza. O facto da mãe estar mais vulnerável ao aparecimento de estados emocionais negativos como a depressão, ansiedade e stress após o nascimento, chamam a atenção para o cuidado que deve ser iniciado durante a gravidez, período em que os pais se podem preparar e começar a organizar face à nova realidade que vão ter que enfrentar. Neste sentido, parece-nos pertinente que desde o início a mulher seja acompanhada por uma equipa multidisciplinar, que possa ajudá-la a preparar-se para a sua nova condição: mãe de múltiplos bebés.

O facto das mães de filhos múltiplos terem apresentado maiores níveis de depressão, chama a nossa atenção para outro aspecto fundamental. Tal como a literatura descreve, a depressão da mãe após o nascimento traz inúmeros riscos quer para ela, quer para o bebé. A

depressão pós-parto compromete o ajustamento da mãe à criança e desta forma, perturba a vinculação, o pode conduzir ao aparecimento de perturbações de comportamento na criança (Lee & Gotlib, 1989; Hammen et. al, 1987; O'Hara et al., 1987; Figueiredo, 1994, 1997). Assim sendo, parece-nos importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para esta questão, uma vez que as mães de filhos múltiplos, pelo facto de poderem vivenciar mais sintomas depressivos, podem por em causa o desenvolvimento dos seus bebés. É importante o trabalho com estas mães e com as suas crianças, no sentido de proteger a qualidade da relação entre elas.

Ao pensar numa possível estratégia de intervenção numa situação tão complexa como esta, parece importante tentar encontrar uma forma de intervir no meio, ajudando a proteger as mães e os seus filhos. Uma ideia para por em prática esta intervenção, seria tentar accionar meios que permitissem o apoio domiciliário a estas mães (uma forma de prevenção primária), através da intervenção de uma equipa multidisciplinar, situação que já acontece noutros contextos como o apoio a idosos ou a intervenção precoce. Deste modo, estaríamos também a colmatar alguma falta de apoio social que as mães de filhos múltiplos possam sentir nesta situação.

Importa referir que já existem programas desta natureza a serem implementados noutros países, como é o caso do *CARRI Program*, um programa desenvolvido pela Universidade de Medicina de New Jersey e o Centro de Comunidade de Saúde Mental Psicatamay, onde os técnicos se deslocam a casa das famílias dos múltiplos bebés, prestando psicoterapia aos pais e crianças e um aconselhamento de suporte às famílias em risco. Estes programas contam com o apoio de uma equipa de saúde mental, bem como enfermeiros, que prestam grande apoio às mães, contribuindo para o seu bem-estar ao mesmo tempo que permitem uma melhor adaptação à situação.

Importa referir que a atenção dada às mães de múltiplos bebés não deve apenas ser prestada após o nascimento das crianças, mas ainda no período de gestação. A realização de um acompanhamento psicológico a estas mulheres durante a gravidez seria de todo oportuno, dado que pode contribuir para uma vivência mais saudável desse período maturacional, prevenindo perturbações durante o período gravídico e consequentes ocorrências patológicas, como complicações no parto e distúrbios emocionais no pós-parto.

Acreditamos que uma intervenção a este nível poderia contribuir para um melhor ajustamento materno quer à situação, quer aos bebés, o que inevitavelmente poderia melhorar os níveis de depressão, ansiedade, *stress*, satisfação com o suporte social e sentido de eficácia destas mães.

Referências

- Alegria, S.; Simões, T.; Sousa, M (1996). Gravidez Gemelar - A propósito de Três Casos Clínicos. *Clínica em Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal*. Nº3, Vol.4 Set. 1996
- Alves, G.; Carvalho, M.; Baptista, A. Estudo das Características Psicométricas de uma Escala de Depressão, Ansiedade e Stress em Jovens Adultos. In Soares, A.; Araújo, S.; Caires, S. *Avaliação Psicológica. Formas e Contextos*. Vol. VI, pp.267-275. Braga-Apport
- Bandura, A (1982). Self-Efficacy Mechanisms in Human Agency. *American Psychologist*, 37, pp. 122-141
- Brazelton, T.; Cramer, B. (1989) *A Relação mais Precoce. Os Pais, os Bebés e a Interação Precoce*. Terramar.
- Bryan, E. (199). *Gêmeos, Trigêmeos e Mais*. Coleção Saúde e Sociedade. Quarteto.
- Bryan, E. (1992). Multiple Births: too high price? . Parenting Twins. In Bornstein, M.; Born, D. *Handbook of Parenting: Children and Parenting*. V.1
- Bryan, E. (1997). Guidelines for Professionals. *Bereavement. The Multiple Births Foundation*
- Collins, N.; Dunkel-Schetter, C.; Lobel, M.; Scrimshaw, S. (1993). Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Births Outcomes and Postpartum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993, Vol.65, Nº 6, 1243-1258
- Colman, L.; Colman, A. (1991). *Gravidez. A Experiência Psicológica*. Edições Colibri.
- Crockenberg, S. (1988). Social Support and Parenting. In Fitzgerald, H.; Lester, B.; Yogman, M. *Theory and Research in Behavioral Pediatrics, 1988*, Vol.4
- Cruz, M. (1990). Encantos e Desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica*, Nº4 (VIII). pg.367-370

Cutrona, C.; Troutman, B. (1986) Social Support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A Mediational Model of Postpartum Depression. *Child Development* 1986, Vol.57, 5-6

Dias, L.; Braga, J.; Jorge, C. (1996). Gestação Tripla e de Ordem Superior. *Clínica em Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal*. N 3, Vol.4 Set. 1996

Figueiredo, B. (1997). *Depressão Pós-Parto. Interacção Mãe-Bebê e Desenvolvimento Infantil*. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Dissertação de Doutoramento.

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

Gardner, MO.; Goldenberg, R.; Cliver, S.; Tucker, J.; Nelson, K.; Copper, R. (1995) The Origin and Outcome of Preterm Twin Pregnancies. *Obstet. Gynecol* 1995 Apr;85 (4):553-7

Glaser, K.; Vermont, M. (1987). A Comparative Study of Social Support for New Mothers of Twins.

Goldberg,S.; Perrotta, M.; Minde, K. (1986). Maternal Behaviour and Attachment in Low-Birth-Weight Twins and Singletons. *Child Development* 1986 vol.57 1-2

Gomes Pedro, J. (1988). *A Relação Mãe-Filho. Influência do Contacto Precoce no Comportamento da Díade*. Imprensa Nacional. Casa da Moeda.

Gonçalves, J.; Martinez, I.; Mesquita, M.; Fortuna, T. (1996). Corionicidade e Gesta o Gemelar. *Clínica em Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal*. N 3, Vol.4 Set. 1996

Kitzinger, S. (1978). *Um Estudo Antropológico da Maternidade*. Editorial Presença.

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

Lee, C.; Gotlib, I. (1989). Maternal Depression and Child Adjustment: A Longitudinal Analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 1989, Vol. 98, N  1, 78-85

Lopes dos Santos, P. (1993). Reacções Ansiosas na Gravidez e Comportamento Interactivo das Mães durante o Período Neonatal dos Filhos. *Análise Psicológica* 1993, 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.* Vol.33, Nº 3, pp. 335-343, 1995.

Luke, B. (1994). The Changing Pattern of Multiple Births in the United States: Maternal and Infant Characteristics, 1973 and 1990. *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 84, Nº1

Lytton, H.; Singh, J.; Gallagher, L. (1992). Parenting Twins. In Bornstein, M.; Born, D. *Handbook of Parenting: Children and Parenting. V.1*

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

Mascoli, L. (1990). Fantasias, Atitudes e Ajustamento Materno ao Primeiro Mês de Vida da Criança: Abordagem Psicológica a Puerperas em Isolamento e no Pós-Parto Distócico. *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 377-388

Matos, I. (1997). Trabalho de Parto. *Gravidez e Parto - Pais & Filhos. Anual Nº4*

Mcintyre, T.; Carvalho, P.; Milhazes, G. (1995). Ansiedade e Depressão no Processo Gravídico: Dados Preliminares. *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 231

Menzel, B.; Rotnem (1990). Multiple Birth and Its Influence on the Mothering Experience; A Case Study of Parent/Infant Psychotherapy with Quadruplets. *Infant Mental Health Journal*, Vol.11, Nº 1

Montagner, H. (1993). *A Vinculação - A Aurora da Ternura. Epigénese e Desenvolvimento*. Instituto Piaget.

Mortimer, S. (1992). The Emotional Pitfalls of Multiple Pregnancy.). Parenting Twins. In Bornstein, M.; Born, D. *Handbook of Parenting: Children and Parenting. V.1*

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

O'Hara, M.; Phillipps, L. (1991). Prospective Study of Postpartum Depression: 41/2 - Year Follow-Up of Women and Children. *Journal of Abnormal Psychology 1991, Vol. 100, N°2, 151-155*

O'Hara, M.; Zekoski, H.; Phillipps, L.; Wright, E. (1990). Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women Disorders. *Journal of Abnormal Psychology, Vol.99, N°1, pp.3-15*

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. N° 2-3 (XII)..*

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.* Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade Porto. Dissertação de Doutoramento.

Pound, A.; Cox, A.; Puckering, C.; Mills (1985), M. The Impact of Maternal Depression on Young Children. in Stevenson, J. *Recent Research in Developmental Psychopathology*

Pratt, L. The Social Support Functions of the Family. in Badura, B.; Kickbush, I. Health Promotion Research - Towards a New Social Epidemiology. *WHO Regional Publications. European Series, N° 37*

- Ribeiro, J.L. (1999). A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*. Nº 3 (XVII).
- Ribeiro, J.L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Manuais Universitários 12. Série metodologias.
- Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. ISPA. Lisboa
- Ribeiro, J.L. (1995). Adaptação de uma Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos 1995*, 3, 163-176
- Sá, E. (1997). *A Maternidade e o Bebé*. Edições: Fim de Século.
- Serra, A (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*.
- Serra, A (1980). Tema de Actualização: O que é a Ansiedade?. *Psiquiatria Clínica*, 1980 1 (2), 93-104
- Serra, A (1989). Transtornos Mediados pela Ansiedade: Perspectivas Actuais do seu Tratamento. *Psicologia 1989*, VII, 1: 11-24
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério* (6ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (obra original publicada em 1977).
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e Pós-Parto. *Análise Psicológica*, 4 (8), 389-398
- Thorpe, K.; Golding, J.; MacGillivray, I.; Greenwood, R. Comparison of prevalence of Depression in Mothers of Twins and Mothers of Singletons. *BMJ 1991 Apr. 13; 302 (6781): 875-8*
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: Investigaciones en Psicología da la Salud. *Anuario de Psicología*, nº 61, pp.9-18
- Williams, D.; House, J. (1991) Stress, Social Support, Control and Coping: a Social Epidemiological View. In Badura, B.; Kickbusch. Towards a New Social pidemiology. Health Promotion Reserach. *WHO Regional Publications European Series nº 37 1991 pg.147*

Wills, T. (1997). Social Support and Health. In Baum, A.; Newman, S.; Weinman, J.; West, R.; McManus, C. 1997 *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*.

ANEXOS

Anexo 1

Inserido num Projecto de Investigação sobre a " Adaptação Materna a uma Situação de Gravidez Múltipla", 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 um dos questionários. Não existem respostas certas ou erradas, apenas pretendemos a sua opinião sincera.

Atenção:

A forma de responder aos seguintes questionários pode parecer à primeira vista igual em todos os casos, uma vez que o tipo de resposta parecem semelhantes. No entanto, como são questionários diferentes, o tipo de resposta é inverso, pelo que antes de responder a cada questionário pedimos que leia atentamente a instrução dada no início da folha e só posteriormente proceda às suas respostas.

**RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS
SEM DEIXAR NENHUMA EM BRANCO**

Obrigado pela sua colaboração

Anexo2

Questionário de Identificação

Responda a todas as perguntas

Sem deixar nenhuma em branco

Data:

Idade da mãe:

Habilitações Literárias: quantos anos andou na escola? _____

1ª - 4ª classe

5º - 6º ano

7º - 9º ano

10º-11º ano

12º ano

Universidade

Qual o seu estado civil?

Solteira

Casada

Viver maritalmente

Divorciada

Viuva

Número de Filhos: _____

Data de nascimento:

Idades:

Sexo:

As crianças que estamos a avaliar, são:

Gémeos homozigóticos (verdadeiros)

Gémeos heterozigóticos (falsos)

F

M

F

M

▪ Dados relativos à Gravidez e Parto

A Gravidez foi planeada?

Sim

Não

Fez algum tratamento para conseguir engravidar? Sim

Qual? _____

Não

Gravidez Múltipla: Gemelar
 Trigemelar
 Quadrigemelar

Enquanto esteve grávida, esteve sob vigilância médica? Sim Não

O parto foi? Normal
 Cesariana
 Prematuro

Houve complicações durante ou após o parto? _____

Quais? _____

Responda a todas as perguntas
Sem deixar nenhuma em branco

Data:

Idade da mãe:

Habilitações Literárias: quantos anos andou na escola? _____

1ª - 4ª classe

5º - 6º ano

7º - 9º ano

10º-11º ano

12º ano

Universidade

Qual o seu estado civil?

Solteira

Casada

Viver maritalmente

Divorciada

Víuva

Número de Filhos: _____

Data de nascimento:

Idades:

Sexo:

A criança que estamos a avaliar, é: F M

▪ Dados relativos à Gravidez e Parto

A Gravidez foi planeada?

Sim

Não

Fez algum tratamento para conseguir engravidar? Sim

Qual? _____

Não

Enquanto esteve grávida, esteve sob vigilância médica? Sim Não

O parto foi? Normal

Cesariana

Prematuro

Houve complicações durante ou após o parto? _____

Quais? _____

Escala de Depressão Ansiedade e Stress

Instrução: Para cada uma das frases que vai ler em seguida, assinale com um círculo à volta o número que melhor indica até que ponto cada uma das frases se aplicou a si DURANTE A ÚLTIMA SEMANA.

Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo com a seguinte escala:

0- Não se aplicou nada a mim	1- Aplicou-se a mim algumas vezes	2- Aplicou-se a mim muitas vezes	3- Aplicou-se a mim a maior parte do tempo
------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Dei por mim a ficar aborrecido com coisas triviais do dia a dia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Senti a minha boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Senti dificuldades em respirar (por ex ^o : respirar de modo excessivamente rápido ou falta de ar na ausência de exercício físico) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Parecia-me não estar a conseguir ir mais além | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Tive tendência a reagir em demasia a determinadas situações | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Senti-me a fraquejar (por exemplo, sem força nas pernas) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Senti dificuldade em me relaxar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Estive em situações que me provocaram tanta ansiedade que fiquei aliviado quando consegui sair delas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Dei por mim a ficar aborrecido com grande facilidade | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Senti-me triste e deprimido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Dei por mim a ficar impaciente quando me faziam esperar (por ex ^o , nos elevadores, semáforos ou qualquer outra situação em que tive que esperar) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Tive sensações de desmaio | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Senti que tinha perdido o interesse em praticamente tudo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Senti que não tinha muito valor como pessoa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Dei por mim a ficar agitado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Tive suores intensos (por exemplo, mãos suadas) que não foram provocados por temperatura elevada ou por exercício físico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso | 0 | 1 | 2 | 3 |

0- Não se aplicou nada a mim	1- Aplicou-se a mim algumas vezes	2- Aplicou-se a mim muitas vezes	3- Aplicou-se a mim a maior parte do tempo
------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--

21. Senti que a vida não valia a pena	0	1	2	3
22. Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
23. Tive dificuldades em engolir	0	1	2	3
24. Parece que não consegui ter prazer nas coisas que fiz	0	1	2	3
25. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico (aumentos no ritmo cardíaco ou falta de batimentos)	0	1	2	3
26. Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
27. Senti-me muito irritável	0	1	2	3
28. Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
29. Senti dificuldade em acalmar-me depois de algo que me aborreceu	0	1	2	3
30. Tive medo de não conseguir enfrentar tarefas simples porque não estou familiarizado com elas	0	1	2	3
31. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
32. Tive dificuldade tolerar ser interrompido no que estava a fazer	0	1	2	3
33. Estive num estado de tensão nervosa	0	1	2	3
34. Senti que não tinha valor	0	1	2	3
35. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar o que estava a fazer	0	1	2	3
36. Senti-me aterrorizado	0	1	2	3
37. Não consegui ver nada no futuro para ter esperança	0	1	2	3
38. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3
39. Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
40. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
41. Senti tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
42. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas .	0	1	2	3

DASS: P. F. Lovibond & S. H. Lovibond, 1995

Tradução: Honrado, A. & Pais Ribeiro, J. L., 2000

Escala de Satisfação com o Suporte Social

Instrução: A seguir encontra várias afirmações, seguidas de cinco números. Marque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua forma de pensar. Responda a cada item o mais honestamente possível, pois não existem respostas certas ou erradas.

Responda de acordo com a seguinte escala:

Concordo Totalmente 1	Concordo na maior parte 2	Não concordo nem discordo 3	Discordo na maior parte 4	Discordo totalmente 5
--------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------

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

Escala de Auto.Eficácia Geral

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 um círculo à volta da resposta que mais se parece com a sua maneira de ser. Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo com a seguinte escala:

Discordo Totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
1	2	3	4	5	6	7

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