



A MASSAGEM NO DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ E DAS COMPETÊNCIAS  
PARENTAIS

**Sónia Cristina da Silva Vicente Cascão Bárcia**

Dissertação orientada por Prof. Doutora Manuela Veríssimo

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Doutoramento em Psicologia**

Área de especialidade: Educacional

**2010**

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia na área de especialização Educacional realizada sob a orientação de Professora Doutora Manuela Veríssimo, apresentada no ISPA – Instituto Universitário no ano de 2010, conforme o despacho do Decreto-Lei nº 221/2009 de 8 de Setembro do Diário da República.

O presente trabalho foi financiada pelo PROGRAMA OPERACIONAL DE POTENCIAL HUMANO (POCI 2010) DO QREN PORTUGAL 2007-2013 da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH / BD / 43580 / 2008).



## AGRADECIMENTOS

Atingir esta fase nunca teria sido possível sem a ajuda de muitas pessoas, gostaria por isso de lhes agradecer:

À Professora Manuela Veríssimo, pelos conhecimentos que me transmitiu, por me dar a conhecer outras realidades, por descomplicar as minhas angústias, por me ajudar a crescer e acima de tudo por me ajudar a chegar ao fim.

À Professora Margarida Alves Martins, por ter acreditado em mim e por ter orientado o meu caminho.

Aos locais que possibilitaram a recolha de dados, aos colegas Fisioterapeutas que me ajudaram e de forma muito especial às mães e aos bebés que se disponibilizaram para participar, numa fase em que o tempo é escasso.

Aos meus pais, por me terem ajudado a ser quem sou.

Ao João Tiago, por nem sempre ter estado disponível.

Aos amigos, que souberam estar presentes nos bons e nos maus momentos e sem eles não teria conseguido aqui chegar, em particular à Prazeres, à Paula e à Céu.

Às revisoras do texto, Gabi e Filipa, pelos seus brilhantes comentários.

À Dra. Helena Gonçalves (Johnson & Johnson), Dra. Marta Tamagnini (Nestlé) e Dra. Adrienne Frasco (Aveeno) pelo seu apoio ao longo do estudo.

À Universidade Atlântica por me ter facilitado o percurso.

**Palavras-chave:**

Massagem bebê; competências parentais; maternidade; suporte social

**Key words:**

Infant massage; parental skills; motherhood; social support

## RESUMO

O primeiro ano de parentalidade é um ano de crescimento e de adaptação na vida da mulher. Inerentes a esta fase estão uma série de transformações que terão que ocorrer a vários níveis, para que mãe e bebé aprendam a conhecer-se e a ajustar-se em conjunto. Esta primeira relação servirá de modelo no futuro. Saber identificar as necessidades do bebé e conseguir dar respostas adequadas é o objectivo de qualquer mãe. A relação está assim dependente dos protagonistas do processo, ou seja da mãe, do bebé e ainda do ambiente onde se relacionam. Neste processo vários factores podem contribuir para que a ligação na díade seja vivida de uma forma mais tranquila, entre eles destacamos o papel da massagem no bebé como veículo facilitador da relação. A massagem apresenta benefícios tanto para o bebé como para a mãe, a nível psicológico e fisiológico. Este estudo longitudinal pretendeu avaliar as implicações da massagem do bebé na relação mãe-bebé, desde o final da gravidez até aos 12 meses de vida do bebé. Os parâmetros a medir foram: as atitudes relativas à maternidade através do CAQ-P, a experiência associada à maternidade através do WBPB, o grau de satisfação parental através do PSS, o nível de ansiedade da separação materna através do EASM e o temperamento do bebé através do ICQ. A amostra foi recrutada através das sessões de preparação para o nascimento e em consultórios de obstetrícia. Foi pedido o parecer à comissão de ética e todas as mães assinaram o termo de consentimento informado. Os participantes são 194 díades mãe/bebé, divididas em dois grupos, no Grupo 1 as mães realizaram massagem aos bebés e no Grupo 2 as mães fizeram parte do grupo de controlo. No grupo 1 a idade média das mães era de 31.3 anos, as habilitações literárias  $M=15.4$ , 91.3% das mães eram casadas ou viviam em união de facto e 91.3 % tinha apenas um filho. No grupo 2 a idade média das mães era de 31.7 anos, as habilitações literárias das mães  $M=15.3$ , 90.7% das mães eram casadas ou viviam em união de facto e 76.3% tinham apenas um filho. Ao longo do estudo, as mães do grupo da massagem obtiveram melhores resultados na adaptação à maternidade, apresentaram maior confiança nas suas capacidades e tiveram maiores apoios do que as mães do grupo de controlo. As mães do grupo experimental ao serem mais apoiadas e por isso, estando mais confiantes das suas competências, conseguiram relacionar-se melhor com o bebé e classificá-lo de uma forma mais positiva, do que as mães do grupo de controlo. Este trabalho sugere que as mães que aprendem a realizar a massagem ao bebé apresentam atitudes mais positivas face à maternidade. Este facto potencia o grau de conhecimento, de regulação e proximidade na díade. Estes encontros podem ajudar os casais a desenvolverem estratégias que lhes permitam lidar melhor com a maternidade.

*Palavras-chave:* Massagem bebé, apoio maternidade, atitudes e experiência maternidade, ansiedade separação materna, satisfação parental, temperamento bebé.

## ABSTRACT

The first year of parenthood is a year of growth and adaptation in women's lives. Inherent to this phase are a series of transformations that have to occur at several level so that mother and baby learn to know each other and fit together. This first relationship will be the model in the future. To learn to identify the baby's needs and give appropriate responses is the goal of any parent. The relationship is, therefore, dependent on the intervenients on the process, the mother, the baby and the environment in which they interact. Among the factors that contribute to a more peaceful relationship is the infant massage. The massage has benefits for both the baby and the mother, psychological and physiologically. This is a longitudinal study from late pregnancy until 12 months of a baby's life and aims to assess the implications of infant massage in the mother-baby relationship. The parameters were: attitudes concerning motherhood through CAQ-P, experience associated to motherhood through WBPB, parental satisfaction through PSS, maternal separation anxiety through EASM and temperament of the baby through the ICQ. The sample was recruited among the sessions of prenatal education and obstetric clinics. Ethical committee approval was obtained and informed consent was given to all mothers. Subjects are 194 dyads of mother / baby, divided into two groups: Group 1- mothers that conducted infant massage on their babies and Group 2 - mothers who were part of the control group. The average age of mothers in group 1 was 31.3 years, the educational level  $M = 15.4$ , 91.3% of mothers were married or had a stable relationship, 91.3% had only one child. In group 2 the average age of mothers was of 31.7 years, the educational level of mothers  $M = 15.3$ , 90.7% of mothers were married or had a stable relationship, 76.3% had only one child. Throughout the study, mothers in the massage group had greater success in adapting to motherhood, had greater confidence in their abilities and had more support than mothers in the control group. Mothers in the experimental group were more supported and therefore more confident in their skills. They were able to relate better with the baby and qualify it more positively than mothers in the control group. This study suggests that mothers who learn how to perform the massage have more positive attitudes towards motherhood. This increases the level of knowledge, regulation and proximity in the dyad. These meetings can help couples developing strategies that enable them to better cope with parenthood.

*Key words:* Infant massage, maternal support, childbearing attitudes and maternal experience, maternal separation anxiety, parental satisfaction, infant temperament.

## ÍNDICE

### CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO	1
------------	---

### CAPÍTULO II

<b>A IMPORTÂNCIA DA MASSAGEM DO BEBÉ NAS ATITUDES RELATIVAS À MATERNIDADE, EXPERIÊNCIA ASSOCIADA À MATERNIDADE, SATISFAÇÃO PARENTAL E ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO MATERNA</b>	<b>6</b>
A Massagem	7
Massagem do Bebé	8
Promoção do crescimento e desenvolvimento do bebé	12
Diminuição da dor e Promoção do sono	15
Aumento das defesas do sistema imunitário	19
Diminuição dos níveis de stress, da depressão e da ansiedade	20
Objectivos	24

### CAPÍTULO III

<b>OS COMPORTAMENTOS DA MÃE NOS PRIMEIROS MESES DE VIDA DO BEBÉ: ATITUDES RELATIVAS À MATERNIDADE, EXPERIÊNCIA ASSOCIADA À MATERNIDADE, SATISFAÇÃO PARENTAL, ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO MATERNA E TEMPERAMENTO DO BEBÉ</b>	<b>26</b>
Atitudes Relativas à Maternidade	27
Experiência associada à Maternidade	29
Satisfação Parental	32
Ansiedade Materna de Separação	36
Temperamento do Bebé	40
Objectivos	47

## CAPÍTULO IV

<b>METODOLOGIA</b>	49
Instrumentos	51
Questionário Atitudes Relativas à Maternidade	51
Escala de Satisfação Parental	54
Escala de Ansiedade de Separação Materna	55
Escala Como ser Mãe/Pai de um Bebê	57
Escala do Temperamento	59
Procedimentos	60

## CAPÍTULO V

<b>RESULTADOS</b>	63
Questionário Atitudes Relativas à Maternidade (CAQ-P)	64
Momento 1	64
Momento 2	66
Momento 3	66
Escala Satisfação Parental	67
Momento 2	67
Momento 3	69
Momento 4	69
Escala Ansiedade de Separação Materna	70
Momento 2	70
Momento 3	72
Momento 4	72
Escala Como ser Mãe/Pai de um Bebê	72
Momento 2	72
Momento 3	73
Escala do Temperamento	73
Momento 4	73

**CAPÍTULO VI**

**DISCUSSÃO**

75

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

87

**LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1</b> - Média, Desvio Padrão e Alfa nas oito dimensões do Questionário de Atitudes Relativas à Maternidade	52
<b>TABELA 2</b> - Média, Desvio Padrão e Alfa nas três dimensões da Escala de Satisfação Parental	55
<b>TABELA 3</b> - Média, Desvio Padrão e Alfa nas três dimensões da Escala Como ser Mãe/Pai de um Bebê	58
<b>TABELA 4</b> - Correlação entre tempo 1, tempo 2 e tempo 3 da Escala Como ser Mãe/Pai de um Bebê	58
<b>TABELA 5</b> - Instrumentos e momentos de avaliação	62
<b>TABELA 6</b> - Média (desvio padrão entre parêntesis) grupo 1, grupo 2 e dimensões de CAQ-P no mom. 1	64
<b>TABELA 7</b> - Relação entre a idade, habilitações literárias das mães, idade dos pais, número de filhos e as oito dimensões da CAQ-P	65
<b>TABELA 8</b> - Relação entre a idade, habilitações literárias das mães e dos pais, número de filhos e as três dimensões da escala	71

**LISTA DE GRÁFICOS**

<b>FIGURA 1</b> - Médias grupo massagem (1), grupo controlo (2) e CAQ-P dimensões 1-2 meses	66
<b>FIGURA 2</b> - Médias grupo massagem (1), grupo controlo (2) e CAQ-P dimensões 3-4 meses pós-parto	67
<b>FIGURA 3</b> - Médias grupo massagem (1), grupo controlo (2) e PSS dimensões 1-2 meses	68
<b>FIGURA 4</b> - Médias grupo massagem (1), grupo controlo (2) e PSS dimensões 12 meses	70
<b>FIGURA 5</b> - Médias grupo massagem (1), grupo controlo (2) e dimensão Difícil 12 meses	74

**LISTA DE ANEXOS**

<b>ANEXO 1</b> – Avaliação das Atitudes Relativas à Maternidade: Adaptação do Childbearing Attitudes Questionnaire (CAQ - Ruble, Fitzmaurice, Stangor, & Deutsch, 1990)	110
<b>ANEXO 2</b> - Avaliação da Satisfação Parental: Adaptação do Parental Satisfaction Scale (Halverson & Duke, 1991)	111
<b>ANEXO 3</b> - Termo de Consentimento Informado	112
<b>ANEXO 4</b> - Ficha de caracterização	113
<b>ANEXO 5</b> – Manual das Sessões de Pós-parto	114

**CAPÍTULO I**

*INTRODUÇÃO*

O nascimento de um filho corresponde a uma das etapas mais importantes na vida de muitos seres humanos, é um período de stress e de crise, que implica uma reorganização, mas ao mesmo tempo é uma fase normativa na vida de qualquer casal que decide ter filhos. Este período problemático, tal como muitos outros, por e.g. a entrada na escola, o casamento, levam ao desenvolvimento de estratégias que permitem aos pais lidar de forma adequada com o problema. Estas estratégias permitem a adaptação à nova situação e levam ao desenvolvimento pessoal. Contudo, todo o processo envolve exigências psicológicas e emocionais, nem sempre fáceis, que podem levar a pessoa a tornar-se vulnerável e criar descompensações (Canavarro, 2006; Francis-Connely, 2000; Moura-Ramos & Canavarro, 2007; Pancer, Pratt, Hunsberger, & Gallant, 2000; Ruble, Fleming, Stangor, Brooks-Gunn, Fitzmaurice, & Deutsch, 1990). A massagem do bebé pode ser uma importante estratégia de apoio na díade mãe-bebé, potenciando e facilitando a relação entre ambos. Esta intervenção permite a proximidade entre pais e bebé e a construção de uma relação saudável, equilibrada e de respeito mútuo, levando à criação de laços fortes entre ambos (Field, 2001a; Figueiredo, 2007).

A transição para a maternidade é um período de grande transformação na vida da mulher, acarreta grandes adaptações e mudanças do estilo de vida, assim como o desenvolvimento de novas regras, responsabilidades, padrões e rotinas (Elek, Brage Hudson, & Bouffard, 2003; Goldstein, Diener, & Mangelsdorf, 1996; Grace, 1993). A esta nova fase estão subjacentes adaptações psicológicas e sociais, nomeadamente, a aquisição de novos papéis e respectiva adaptação, mudanças no estado de espírito e alterações nas interações sociais, na divisão de tarefas e na relação laboral (Cappuccini & Cochrane, 2000; Ceballo, Lansford, Abbey, & Stewart, 2004; Gjerdingen, & Center, 2005; Glade, Bean, & Vira, 2005; Hsu, 2004; Knauth, 2001; White, & Booth, 1985; Wicki, 1999). É um período de aquisição de novos comportamentos e atitudes (Fleming, Ruble, Flett, & Van Wagner, 1990).

O significado, o valor e o papel parental têm sofrido alterações ao longo dos anos (Goetting, 1986; Ogzun & Honig, 2005). Num ponto de vista tradicional cabe ao homem trabalhar fora de casa e ser o elemento que providencia o suporte financeiro da família e à mulher as tarefas domésticas e de cuidar dos filhos (Freysinger, 1994; Himsel & Goldberg, 2003; Ogzun & Honig, 2005). Contudo, a sociedade tem vindo a modificar-se ao longo dos anos o que contribuiu para que a parentalidade seja um acto pensado, reflectido e programado. Vários são os factores que influenciam esta mudança. Entre eles podemos enumerar a emancipação da mulher na sociedade, as medidas de controlo da natalidade ou ainda a

construção de uma carreira profissional, todos juntos têm contribuído para diminuir a taxa de natalidade (Guidubaldi & Clemishaw, 1985; Emery & Lloyd, 2001; Freysinger, 1994). Segundo dados do Eurostat (2008) e do INE (2008) a taxa de natalidade tem vindo a diminuir nas últimas décadas o que faz com que o nível de fecundidade permaneça abaixo do nível de substituição de gerações (2.1 crianças por mulher). Em 1995, o valor era de 1.41 filhos por mulher enquanto em 2007 desce para 1.33 filhos por mulher (Eurostat, 2008; INE, 2008). Além destes podemos destacar ainda o adiamento do nascimento dos filhos, este facto reflecte-se no aumento da idade média da mãe no primeiro filho, este passa de 24.2 anos, em 1990, para 28.4 anos, em 2008. Assim como o aumento da taxa de divórcios, esta era de 1.2 em 1995, aumentando em 2008 para 2.5, por 1000 habitantes (INE, 2002, 2008, 2010).

Estas mudanças e suas implicações têm levado a que diversos profissionais se tenham interessado pelo assunto e tenham vindo a desenvolver estudos ao longo dos anos, que vão no sentido de perceber qual a repercussão que estas alterações têm a nível da população (Ceballo et al, 2004; Emery & Lloyd, 2001; Freysinger, 1994; Goetting, 1986; Guidubaldi & Clemishaw, 1985).

O primeiro ano de parentalidade é um ano de grandes mudanças a vários níveis, ao longo de todo o processo de adaptação é necessário que os pais saibam identificar as necessidades do bebé e consigam dar respostas adequadas. Ao contrário do que se pensou ao longo de muitos anos, o bebé participa de uma forma activa em todo o processo, visto ao nascer já ter um conjunto de competências que lhe permitem interagir com o meio (Stern, 1992; Trevarthen, 1979). Mãe e bebé desde muito cedo vêm programados para se relacionarem e a qualidade desta relação servirá de modelo para as outras que a criança irá desenvolver ao longo do seu desenvolvimento com os outros seres humanos (Bolwby, 1982).

A relação está assim dependente dos protagonistas do processo, ou seja da mãe, do bebé e ainda do ambiente onde se relacionam. Relativamente à mãe, a forma como ela a vivencia a maternidade está relacionada com algumas das suas características, como sejam o envolvimento, a sensibilidade ou ainda o tipo de resposta que esta dá ao bebé. Em relação ao bebé, as suas características individuais contribuem para a construção da relação, assim como, o ambiente em que se relacionam mãe e filho e respectivo suporte social, dado pela família e pelo pai (Belsky, 1984; Mercer, 2004; Wachs, 1999).

Esta ligação mãe-bebé é bi-direccional ou seja o comportamento da mãe pode influenciar a relação na díade, assim como as características do bebé, em particular o seu

temperamento. Alguns autores (Belsky, 1984; Deutsch, Ruble, Fleming, Brooks-Gunn, & Strangor, 1988; Francis-Connolly, 2000; Pizur-Barnekow, 2006) evidenciam esta simbiose, entre o temperamento do bebê e as atitudes da mãe. A forma como a mãe classifica esta característica do bebê (fáceis, difíceis e intermédios) pode influenciar a relação com a mãe, ou seja, quanto mais difícil a mãe classifica o seu bebê maior dificuldade apresenta em lidar com a situação (Goldsmith et al, 1987).

Conforme se pode perceber a construção segura da relação mãe-bebê, depende de múltiplos factores, dotar as mães de ferramentas que lhes permitam lidar da melhor forma com esta situação é fundamental. A massagem do bebê pode ser uma importante estratégia de apoio na díade mãe-bebê, pois permite aumentar o conhecimento do seu bebê através de um dos sentidos mais importantes que temos, que é o tacto.

O contacto táctil é fundamental para o desenvolvimento do recém-nascido, para a organização e maturação dos seus sistemas e como forma de comunicação entre pais e bebê (Arditi, Feldman, & Eidelman, 2005; Field, 2001a; Montagu, 1988; Stack, 2004; Weber, 1990; Weiss, Wilson, & Morrison, 2004;). Cedo se percebeu a forte ligação da pele com o sistema nervoso, adquirindo o tacto um papel primordial na relação do bebê com o mundo. Este é fundamental para a sobrevivência do recém-nascido, pois por um lado, este é fonte de satisfação emocional e por outro, de sobrevivência (Field, 2001a; Montagu, 1988). O toque entre pais e filhos e a utilização da massagem é uma prática ancestral comum até aos dias de hoje em muitas culturas, por exemplo em países como a Índia, Nigéria, Uganda, Nova Guiné, etc. Pelo contrário, nas culturas ocidentais, esta foi-se perdendo ao longo dos tempos, contudo, muitos factores contribuíram para que a massagem fosse reintroduzida como uma prática importante no fortalecimento da relação da díade mãe-bebê (Field, 2001a; Field, 2002; Mainous, 2002; Montagu, 1988).

Os estudos que se têm realizado nesta área provam que os benefícios da massagem são muitos para os bebês e para os pais a dois níveis, psicológico e fisiológico. A massagem do bebê permite por um lado a construção de uma relação saudável, equilibrada e de respeito mútuo, o que leva à criação de laços mais fortes entre pais e bebê promovendo a vinculação, assim como estimula o sistema imunitário e hormonal permitindo o ganho de peso, diminuição do stress e o alívio das dores (Field, 2001a; Field, Diego, & Hernandez-Reif, 2007; Figueiredo, 2007).

Em Portugal a utilização da massagem infantil é algo recente quando comparado com outros países e os estudos nesta área para a realidade portuguesa são escassos.

Esta prática foi sendo introduzida no nosso país em muitos programas no período pós-parto, no entanto nunca foram realizados trabalhos científicos no sentido de perceber qual o impacto que esta tem na relação mãe-bebé. Quem trabalha nesta área percebe que as mães aprendem a lidar e a conhecer melhor o seu bebé, contudo é necessário perceber se isto é mensurável ou é apenas uma realidade enviesada pelas crenças dos profissionais de saúde. Confrontada a autora com esta realidade na sua prática diária e não encontrando resposta na literatura surge assim a necessidade de investigar esta questão e verificar qual o impacto que a massagem do bebé tem na díade. O trabalho revela originalidade porque embora já existam muitos estudos nesta temática, em particular nos EUA, estes estão muito focados no bebé prematuro ou para as consequências da privação da estimulação táctil no desenvolvimento da criança. O bebé de termo e a influência da estimulação táctil como forma de facilitar ou fortalecer os laços entre mãe e bebé numa família funcional, com mães ou bebés sem não tem sido alvo de estudo. Esta investigação assenta nos pressupostos de, por um lado, terem ocorrido muitas alterações na nossa sociedade, e por isso muitos pais que vivem nas grandes cidades têm poucos apoios sentindo-se muitas vezes sozinhos, e sem saber como lidar com o bebé. Por outro, o facto da mãe se sentir insegura e com dificuldade de responder adequadamente ao bebé, poder interferir com o desenvolvimento da relação e do bebé.

Este trabalho pretende ver qual o impacto da massagem do bebé na relação da díade e se esta deve ser uma prática a divulgar e implementar junto dos novos pais como veículo facilitador da relação na família. Pretende-se perceber de que forma é que a massagem influencia o temperamento do bebé, as atitudes, a satisfação, os níveis de ansiedade de separação materna e o desempenho do papel de mãe desde a gravidez até aos 12 meses de vida da criança.

O estudo encontra-se dividido em seis capítulos, o primeiro faz a introdução e a contextualização do trabalho, seguem-se dois capítulos de revisão da literatura, um sobre a massagem do bebé e outro capítulo sobre a maternidade e o temperamento do bebé. O quarto capítulo é dedicado à metodologia, o quinto apresenta os resultados e por fim, o sexto e último capítulo onde se faz a discussão dos resultados do estudo.

## **CAPÍTULO II**

*A IMPORTÂNCIA DA MASSAGEM DO BEBÊ NAS ATITUDES RELATIVAS À  
MATERNIDADE, EXPERIÊNCIA ASSOCIADA À MATERNIDADE, SATISFAÇÃO  
PARENTAL E ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO MATERNA*

## A Massagem

A massagem é uma das técnicas de tratamento mais antigas do mundo, as descrições mais antigas provêm da China, depois da Índia e do Egipto, sendo esta utilizada pelas civilizações mais ancestrais com grande sucesso (Field, 1998; Moyer, Rounds, & Hannun, 2004; Schneider, 1996). Todos eles acreditavam que uma forma de promover a saúde e prevenir doenças no ser humano era através da utilização do toque, das fricções e movimentos de amassar (Field, 1998; Schneider, 1996).

O registo mais antigo sobre a massagem provém da China e data de 3000 a.c. O livro *The Cong Fou of Tao-Tse* é um dos mais antigos da China, neste é defendido que a utilização de plantas medicinais, exercício e massagem são formas de promover a saúde e prevenir a doença (Beck, 1999; Field, 1998; Schneider, 1996). Na Índia o uso da massagem é milenar, terá sido introduzida pelos chineses e faz parte da tradição hindu. No livro *Ayur-Veda* (1800 a.c.), sugere-se a utilização da massagem, como forma curativa (Beck, 1999; Field, 2002; Schneider, 1996;). Também na antiguidade egípcia num documento datado de 1553 a.c., *Papyrus Ebers* é defendida a prática de curar através do toque. Assim como as civilizações persa e japonesa apoiam a utilização da massagem (Beck, 1999; Field, 2001a).

Os gregos e os romanos, por influência dos conhecimentos orientais, foram os grandes impulsionadores da prática da massagem a nível da Europa. Estes associaram o bem-estar físico e mental, defendendo a conjugação diária da ginástica com a massagem. Esta associação era fundamental para manter a boa forma. Hipócrates (400 a.c.) defende a associação da medicina com a prática da massagem, escrevendo “medicine is the art of rubbing”. Nomes como Homero, Platão, Herodicus, Hipócrates ou Sócrates, contribuíram para o desenvolvimento das terapias manuais (Beck, 1999; Field, 1998; Field, 2002; Field, 2005; Moyer et al, 2004; Schneider, 1996).

Os Romanos utilizavam a massagem associada com a prática dos banhos terapêuticos, em situações de atrofia muscular, rigidez articular, assim como noutras situações de doença. Galeno (200-130 a.c.) e Celso (40 a.c.), ambos médicos, defendem o uso da massagem em diversas patologias. (Beck, 1999; Field, 2001a; Moyer et al, 2004).

No Ocidente vários factores contribuíram para que a prática da massagem com carácter terapêutico tenha diminuído, tais como o declínio do Império Romano e consequente abandono das práticas defendidas pelos gregos e romanos, a conversão do imperador Constantino ao cristianismo e o período da Idade Média, em que todas as práticas ligadas ao

corpo foram reprimidas (Beck, 1999; Moyer et al, 2004; Schneider, 1996). Só alguns séculos mais tarde, no período do renascimento, é que Ambroise Paré, em França, volta a defender os efeitos curativos da massagem (Beck, 1999).

Na Europa, no século XIX, dá-se o ponto de viragem para a reutilização da massagem com fins terapêuticos, pensa-se que esta foi reintroduzida pelos missionários franceses após o seu regresso da China, daí muitos dos nomes associados à massagem serem em francês, tais como *effleurage*, *petrissage*, *tapotement*. Henrik Ling é outro dos protagonistas desta mudança, depois de ter regressado da China, cria o Tratamento Sueco pelo Movimento, que se transforma no que hoje é denominado como massagem sueca (Beck, 1999; Field, 2002; Moyer et al, 2004). Nos Estados Unidos da América (EUA), por esta altura, também começa a ser utilizada a massagem com fins terapêuticos (Beck, 1999).

### **Massagem do Bebê**

Até há poucos anos, a procura da alta tecnologia e a evolução da farmacologia era predominante como forma de intervenção, em detrimento do contacto físico. Com o aparecimento de conceitos de saúde holística, auto-responsabilização e bem-estar, tudo isto leva à procura de outras formas de tratamento mais naturais, fazendo com que a massagem volte a ganhar um papel preponderante e se comecem a desenvolver estudos metodologicamente bem desenhados que ajudam a identificar os benefícios da massagem e os mecanismos subjacentes (Field, 1998; Field, 2001a; Field, 2006; Field, Diego, & Hernandez-Reif, 2007; Moyer et al, 2004).

Muitos factores contribuíram para a divulgação da massagem, em particular a massagem ao bebé. Cedo se percebeu, que o tacto é dos sentidos mais importantes do corpo humano, difundindo-se por todo o lado através da pele e que ao longo da História e nas diferentes culturas, o toque, assim como outras formas de contacto táctil, tais como a massagem, foram práticas comuns na relação mãe-bebé (Field, 2001a; Montagu, 1988).

A partir dos anos 60, os investigadores começam a estudar a criança de uma forma diferente, percebendo que esta consegue estabelecer uma relação com um adulto de uma forma intencional (Trevarthen, 2002). Os estudos de Harlow, com os macacos Rhesus no final da década de 50 e anos 60, vieram abalar o pensamento científico da altura. Ao confrontarem as crias dos macacos Rhesus com dois tipos de mães que eram substitutas das suas mães, enquanto umas eram objectos metálicos e outras objectos revestidos a pêlo, as crias preferiam aquelas que estavam revestidas e lhes davam conforto e calor, em detrimento das que apenas

lhes davam alimento. Mesmo quando se alimentavam os macacos mantinham-se apoiados nas mães revestidas. Estes estudos vêm demonstrar que a mãe serve de base para a exploração, conceito que vem a ser bem desenvolvido na teoria de vinculação de Bowlby, em que o bebé explora o mundo a partir de uma base segura. Realça ainda o papel do contacto físico, em que este é mais importante do que o alimento no desenvolvimento afectivo e na vinculação social (Field, 2001a; Figueiredo, 2007; Stack, 2004; Suomi, 1995). A relação entre o bebé e a mãe é mais do que uma relação instrumental, em que esta sacia as suas necessidades fisiológicas. Leboyer (1998) reforça esta ideia no seu livro *Shantala*, quando diz que “*É preciso alimentar os bebés..., alimentar a sua pele tanto quanto o ventre* (p.19). *Os bebés têm necessidade de leite. Mas muito mais de ser amados e receber carinho*” (p. 21).

Mais recentemente, desenvolveram-se estudos em ratos sobre a privação materna. Estes descobriram que mesmo uma interrupção temporária e curta da relação da mãe com as suas crias levam a alterações profundas no crescimento, isto porque nesta situação há uma redução na actividade da ornitina descarboxilase (ODC), uma enzima responsável pela produção de aminas que controlam a libertação da hormona do crescimento (em todos os órgãos do corpo, incluindo o coração, o fígado, o cérebro, cerebelo e bulbo raquidiano). Contudo, quando o contacto táctil era reintroduzido esta situação revertia (Kuhn & Schanberg, 1998; Schanberg & Field, 1987; Schanberg, Kuhn, Field, & Bartolome, 1990). Outros estudos vieram reforçar a base fisiológica do isolamento táctil, sugerindo que existe um gene que é activado pelo toque e que está relacionado com a síntese proteica, estabelecendo-se uma relação entre toque e crescimento (Field, 2000; Schanberg, 1995).

Ashley Montagu e as suas observações dos comportamentos dos indivíduos em sociedade, vêm chamar a atenção para a importância da pele, do contacto táctil e suas implicações no desenvolvimento do ser humano. Montagu (1995) defende que o toque é uma adaptação em evolução como forma de comunicação, que é comum às espécies, culturas, género e idade. Em situações de privação táctil podem ocorrer alterações no crescimento, na comunicação e nos níveis de agressão, que podem culminar em guerra. O seu trabalho tenta mostrar a relação comportamento pessoal *versus* relação afectiva (Field, 2001a; Montagu, 1988). Observa inicialmente os comportamentos das classes altas da sociedade inglesa e percebe que estas têm uma relação distante com os filhos, o que tem implicações na forma de se relacionarem uns com os outros. Mais tarde começa a desenvolver os seus estudos nas tribos africanas e constata que aquelas em que se promove o contacto táctil entre adultos e crianças têm comportamentos mais calmos e menos agressivos (Montagu, 1988). Segundo

Ashley Montagu (1988, p.24), a pele tem um papel fundamental no desenvolvimento da criança “*Há uma lei geral embrionária que relata que quanto mais cedo uma função se desenvolve, quanto mais fundamental é ..*”, referindo, adiante “*as capacidades funcionais da pele estão entre as mais básicas do organismo.*” A pele e o sistema nervoso têm uma origem comum, ambos derivam da Ectoderme e por isso esta reflecte os nossos sentimentos, quer físicos quer psicológicos, por exemplo, em situações de stress coramos ou ficamos brancos em situações de pânico (Montagu, 1988). Com as guerras mundiais e o aumento do número de órfãos, estes acontecimentos contribuíram para perceber melhor as implicações que as privações do contacto táctil tinham nas crianças, acabando algumas mesmo por morrer. Mais recentemente os orfanatos da Roménia vêm reforçar esta ideia, o facto de estas crianças estarem sujeitas a privação táctil teve implicações no seu desenvolvimento a nível físico, cognitivo e emocional (Field, 2001a; Field, 2004; Montagu, 1988;).

Os estudos de Bolwby, Klaus e Kennell, Trevarthen, Stern, entre outros, vêm dar uma concepção diferente da criança e da importância da interacção táctil precoce com a mãe, que culminaram nos dias de hoje com a defesa do alojamento conjunto nas maternidades, como forma de promoção da saúde (Field, 2001a; Figueiredo, 2007; Trevarthen, 2002; WHO, 1999).

A melhoria dos cuidados de saúde e o aumento crescente do número de prematuros levou a que muitos investigadores se tenham interessado em desenvolver estudos que vão no sentido de aumentar a esperança de vida deste grupo. Field e a sua equipa começam a desenvolver os primeiros estudos nos anos 80, com o objectivo de perceber se a estimulação táctil-cinestésica tem os mesmos efeitos nos bebés prematuros, como tinha nos estudos anteriores desenvolvidos em animais (Field, 2001a; Figueiredo, 2007).

Por tudo o que foi dito anteriormente, a massagem infantil ou do bebé é hoje uma realidade em muitos países, o Touch Research Institute (TRI) através dos estudos lá realizados tem ajudado a fundamentar a sua prática (Beider, Mahrer, & Gold, 2007; Field, 2002).

Massagem infantil pode ser definida como uma forma de estimulação táctil aplicada por uma pessoa e em que há manipulação dos tecidos moles como forma de promoção da saúde e do bem-estar da criança e do adolescente. A massagem pode ser realizada com diferentes pressões, modalidades (*effleurage, petrissage, etc*) ou ritmos, consoante os resultados que se pretendem obter (Beider et al, 2007; Beider & Moyer, 2007).

A massagem infantil permite a proximidade entre pais e bebé e a construção de uma ligação entre ambos. Aprende-se a reconhecer o outro pelo cheiro, pelo olhar, pelo toque e pela voz, é um momento onde se potenciam e apuram os sentidos. Utiliza-se o contacto visual, contacto através da pele, o olfacto, a vocalização, o que facilita a comunicação e a sincronia entre ambos (Field, 2001; Lappin & Kretschmer, 2005; Liaw, 2000; McClure, 2001; Schneider, 1996). Este contacto íntimo aumenta a sensibilidade dos pais para identificar as pistas que o bebé lhes dá, muitas delas através da linguagem corporal. Ter a capacidade de dar respostas adequadas permite avaliar e satisfazer as necessidades do bebé possibilitando um ajuste no sistema de regulação mútuo (Brazelton & Cramer, 1989; Clarke, Gibb, Hart, & Davidson, 2002; Murray, 1992). A criança que tem por parte dos seus pais apoio e disponibilidade emocional irá construir um modelo interno de confiança e de auto-estima, que potencia as relações inter-pessoais (Grossman, 1999; Guedeney, 2004). Este contacto íntimo favorece a vinculação, trazendo muitos benefícios para ambos os protagonistas mãe e bebé, tanto a nível físico como psicológico (Field et al, 2007; Figueiredo, 2007).

A massagem estimula directamente os diversos sistemas orgânicos do ser humano, pois a pele tem uma forte ligação com outros sistemas, nomeadamente o sistema nervoso e endócrino (Holey & Cook, 1999; Montagu, 1988). A nível músculo-esquelético existe um maior aporte de nutrientes ao músculo, facilitando as trocas celulares relacionadas com o metabolismo, isto vai promover relaxamento muscular e uma maior elasticidade da estrutura (Beck, 1999; Holey & Cook, 1999). A nível circulatório a massagem facilita o retorno venoso, pois cria-se um gradiente de pressão que ajuda os fluidos a passarem para os vasos, possibilitando a diminuição do edema e da estase (Beck, 1999; Holey & Cook, 1999). A nível do sistema nervoso e tendo em conta que este tem uma origem embrionária comum à pele, quando estimulamos a pele estamos a transmitir informação dos receptores que aí se encontram, ao Sistema Nervoso Central (SNC), podendo estimular o nervo Vago (Holey & Cook, 1999; Montagu, 1988). A massagem aplicada com pressão estimula a actividade vagal, induz a mudança de resposta do sistema nervoso autónomo (SNA) simpático e consequente diminuição dos níveis das catecolaminas, para uma do parassimpático com um aumento dos níveis das endorfinas e diminuição dos níveis de cortisol, promovendo o bem-estar, a calma e a diminuição do stress (Field, 1998; Uvnas-Moberg, 1998; Uvnas-Moberg, Widstrom, Marchini, & Winberg, 1987). No sistema respiratório há uma maior eficácia da respiração causada pela massagem, pois permite-nos estimular a expansão torácica, facilitando as trocas gasosas, reduzindo desta forma o nível de fadiga e melhorando a condição geral (Beck, 1999;

Holey & Cook, 1999). A nível do sistema gastro-intestinal ao estimularmos o nervo vago, com a utilização do toque, aumentamos os níveis das hormonas gastro-intestinais (gastrina e insulina) facilitando a digestão, o trânsito intestinal e a absorção de alimentos (Uvnas-Moberg, 1998; Uvnas-Moberg et al, 1987).

A nível psicológico, a massagem desempenha um grande papel, pois a nossa pele é continuamente estimulada pelo meio onde estamos inseridos, por isso a forma como as nossas mãos tocam no outro podem produzir diferentes respostas, que vão desde o relaxamento à ameaça (Holey & Cook, 1999). Assim, quando se vai realizar a massagem é importante perceber que estímulos aquele bebé está habituado a receber, que relação tem com os principais cuidadores e se ele nos dá permissão para a massagem. O ambiente deve ser calmo, permitir a interacção e não se deve mostrar ameaçador, para que aquele bebé consiga desfrutar dos benefícios da massagem (McClure, 2001).

Muitos dos estudos que têm sido realizados nos últimos anos têm ajudado a descrever os benefícios da massagem infantil, tais como facilitador do crescimento e desenvolvimento, diminuição da dor, promoção relaxamento, aumento do estado de alerta e de aprendizagem, diminuição dos níveis de stress, da depressão e da ansiedade, melhoria da sintomatologia das doenças auto-imunes, promoção de um sono calmo e aumento das defesas do sistema imunitário, entre outros (Field, 1999; Field, 2002; Field, 2005; Figueiredo, 2007). Iremos em seguida passar a apresentar os benefícios.

### **Promoção do crescimento e desenvolvimento do bebé**

Os estudos iniciais realizados em animais serviram de modelo para aqueles que posteriormente se realizaram em seres humanos (Field, 1995; Field, 2000; Schanberg et al, 1990). Inicialmente a massagem (nos estudos aparece designada por estimulação táctil-cinestésica) começa a ser aplicada em grupos de bebés prematuros (Field, 1995; Field, 2000). Os vários sistemas de saúde têm tomado medidas que vão no sentido de melhorar os cuidados de saúde à grávida, uma maior vigilância nessa fase, maior apoio no parto e uma melhoria do acompanhamento e suporte à família, todas estas directrizes têm-se reflectido na melhoria das taxas de mortalidade infantil, colocando Portugal a par dos melhores países a nível mundial (Ministério da Saúde, 2004). Contudo, os prematuros representam cerca de 10% dos bebés nascidos nos EUA e são a 2ª causa de mortalidade infantil (Field, 2006). Em Portugal, de 2002 a 2007 tem-se verificado um aumento do número de prematuros, dados de 2007, dão-nos conta que estes representam uma taxa de 9,1 % do número total de nascimentos (com

menos de 37 semanas de gestação) e 7,8% os nados vivos de baixo peso (peso inferior a 2 500 gramas), destes cerca de 1% nasceram com muito baixo peso (PN <1500g; MBP) (Figueiredo, 2007; INE, 2008). Embora as causas da prematuridade sejam de etiologia desconhecida, existem alguns factores identificados como de risco, que são: a malnutrição, a ausência de cuidados pré-natais, os hábitos tabágicos, alcoólicos ou drogas, a hipertensão mal controlada induzida pela gravidez ou outras complicações médicas que possam ocorrer durante a gravidez (Alto Comissariado da Saúde, 2009). Este é um problema que afecta não só a criança mas também a família e pode-se traduzir em sequelas de várias ordens.

O bebé prematuro inserido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neo-natais (UCIN) está sujeito a um ambiente hostil, cheio de ruído, luz e onde há uma diminuição da estimulação táctil quando comparado com o bebé de termo ou na vida intra-uterina, todos estes factores contribuem para aumentar os níveis de stress do bebé (Field, 1988; Field, 2006; Vickers, Ohlsson, Lacy & Horsley, 2004). Por isso, todas as intervenções que possibilitem reverter esta situação facilitam o desenvolvimento e a sobrevivência dos prematuros. Algumas abordagens que se têm vindo a desenvolver com o objectivo de aumentar a adaptação do bebé prematuro ao meio extra-uterino são: os berçários múltiplos, os posicionamentos, o método canguru, a sucção não-nutritiva, a massagem, entre outros (Field, 1988; Field, Hernandez-Reif, Feijó, & Freedman, 2005a; Liu, Laudert, MacMillan, Martin, & Graven, 2007). A massagem apresenta-se como uma importante abordagem para os prematuros na promoção do neurodesenvolvimento e conseqüente desenvolvimento motor (Field, 1998; Vaivre-Douret, Oriot, Blossier, Py, Kasolter-Péré & Zwang, 2008; Weiss et al, 2004). Após a estabilização clínica do bebé, esta foi inicialmente introduzida nas UCIN com o objectivo de ganho de peso e diminuição da morbidade (Diego, Field, Hernandez-Reif, Deeds, Ascencio, & Begert, 2007; Field, 1995; Field, 2001b; Field, 2003). Na meta-análise de Ottenbacher (1987), composta por 19 estudos, 72% das crianças a quem tinha sido realizada a massagem obtiveram benefícios no ganho de peso (Ottenbacher, Muller, Brandt, Heintzelman, Hojem, & Sharpe, 1987). Vários estudos têm sido realizados no TRI com diferentes grupos de prematuros: Tempo de gestação (Field et al, 1986), HIV (Scafidi, & Field, 1996), mães toxicodependentes (Wheeden, 1993) e os ganhos de peso variaram entre 47% - 31% (Field, 2000; Field, 2002). No estudo realizado por Field et al (1986) com bebés prematuros, estes foram sujeitos a um protocolo de massagem de 15mn três vezes ao dia, durante dez dias, sem aumentar o aporte de alimento, os bebés ganharam 47% de peso quando comparados com o grupo de controle, estavam acordados e activos mais tempo, mais alerta em relação à pessoa

que efectuava a massagem, segundo a escala de Brazelton (NBAS- Neonatal Behavioral Assessment Scale) obtiveram melhores resultados nas áreas motora, estado comportamental, orientação e habituação e tiveram alta hospitalar seis dias mais cedo. Estes resultados são muito importantes do ponto de vista económico e social, visto estes bebés poderem ir para o seu ambiente familiar mais rapidamente, possibilitando uma melhor interacção com os progenitores (Field, 2000; Field, 2002; Field, Hernandez-Reif, & Diego, 2004a). Este estudo tem sido replicado por muitos outros, tais como, Scafidi, Field, Schanberg et al (1990), nas Filipinas e em Israel (Field, 2004), obtendo resultados semelhantes. Mais recentemente, Dieter, Field, Hernandez-Reif, Emory e Redzepi (2003) conseguiram ganhos de 53% no peso com uma intervenção de cinco dias. Na revisão sistemática realizada por Vickers et al (2004), os autores referem que existe alguma evidência que a massagem promove o aumento de peso no prematuro (5.1 g diários), reduz o tempo de internamento (4.5 dias), apresenta efeitos a longo prazo 4-6 meses no aumento de peso e na diminuição das complicações pós-natais. Contudo, os estudos apresentam alguns erros metodológicos, levando a que não seja possível generalizar os resultados (Vickers et al 2004). Outro ponto apontado é que, habitualmente, são os profissionais que realizam a massagem, sendo por isso importante perceber a relação custo-efectividade. Para tentar avaliar este ponto, em 2002 realizou-se um ensaio cujo objectivo era mensurar as diferenças entre serem os profissionais ou as mães a aplicar a massagem no prematuro e os resultados foram semelhantes (Ferber, Kuint, Feldman, Dollberg, Arbel, & Kohelet, 2002a). Estes efeitos não são exclusivos dos bebés prematuros, também os bebés de termo têm ganhos de peso com a aplicação de massagem (Field et al, 1996a; Field, Hernandez-Reif, Diego, Feijó, Vera, & Gil, 2004b; Kim, Shin, & White-Traut, 2003).

Muito embora os estudos indiquem que a massagem com pressão pode promover o aumento de peso, quando esta é realizada com um toque ligeiro, não traz grandes benefícios (Field et al, 2004b; Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds, & Figueiredo, 2006a; Vickers et al, 2004). No entanto, os mecanismos associados encontram-se no campo das hipóteses (Field, 2002; Field et al, 2007). As três hipóteses colocadas pelos investigadores são: o bebé a quem é realizada a massagem passaria a consumir mais calorias, mas tal não se verificou (Dieter et al, 2003; Ferber et al, 2002; Field et al, 1986; Scafidi et al, 1990; Wheeden et al, 1993); os bebés dormiriam mais e por isso não gastariam tantas calorias, só que os estudos mostraram que os bebés estavam mais alerta (Field et al, 2004b; Scafidi et al, 1990) e a terceira hipótese é que a massagem com pressão moderada estimula a actividade vagal (Field, 1998; Uvnas-Moberg, 1998; Uvnas-Moberg et al, 1987). Esta terceira hipótese é aquela que é mais

consensual, quando tomamos em consideração os resultados dos estudos. Os estudos desenvolvidos em animais e crianças demonstraram que: a estimulação da cavidade oral permite um aumento da actividade do ramo vegetativo do nervo vago, este é responsável, entre outras coisas, pela libertação das hormonas de absorção alimentar, gastrina e insulina. Assim nestes trabalhos em que se utilizou a pressão moderada, houve um aumento dos níveis das hormonas de absorção alimentar (gastrina e insulina) e da ODC (facilitadora do crescimento), assim como aumentou a motilidade gástrica. No seu conjunto, estas alterações permitem que o bebé faça uma melhor absorção dos alimentos e por isso ganhe peso mais facilmente e cresça mais do que os bebés do grupo de controlo (Diego et al, 2005; Field & Diego, 2008; Field et al, 2004b; Holst, Lund, Petersson, & Uvnas-Moberg, 2005; Schanberg & Field, 1987; Schanberg et al, 1990; Uvnas-Moberg et al, 1987). O estudo de Uvnas-Moberg (1998) vem ainda mostrar que o toque facilita a libertação de oxitocina, esta actua ao nível de várias estruturas, como sejam o hipotálamo, a amígdala, o núcleo, o nervo vago e o corno posterior da medula. Ao aplicar o toque, este faz aumentar os níveis de oxitocina no plasma e no líquido cefalo-raquidiano, produzindo uma diminuição da actividade do simpático e do nível das catecolaminas. Ao mesmo tempo, dá-se um aumento das hormonas gastrointestinais e da actividade do nervo vago. Este faz com que haja um aumento da actividade do hemisfério direito, responsável pelas emoções e pela sensação de calma. Daqui resulta uma diminuição dos níveis de cortisol e da pressão arterial e um aumento dos níveis das endorfinas. No bebé, o resultado final pode ser o aumento de peso, visto haver maior absorção intestinal e diminuição da dor pela libertação das endorfinas, além de um estado de calma.

### **Diminuição da dor e Promoção do sono**

A massagem é utilizada por muitos profissionais de saúde para alívio da dor (Field, 2006). A dor é algo presente nas nossas vidas, desde recém-nascido a colocação de um adesivo, a vacinação, a monitorização das crianças internadas, são experiências desagradáveis e muitas vezes dolorosas. O contacto pele com pele poderá ser uma prática segura, eficaz e facilmente implementada nos diversos serviços em que temos bebés e mães, com o objectivo de diminuir a dor e promover conforto ao recém-nascido (Gray, Watt, & Blass, 2000).

Os estudos realizados nesta área são diversos, utilizando amostras nas mais variadas situações de dor, vão desde a utilização da massagem durante o trabalho de parto (Field et al, 1997b), em crianças queimadas (Field et al, 1998a; Field, Peck, Hernandez-Reif, Krugman, Burman, & Ozment-Schenck, 2000; Hernandez-Reif et al, 2001b), na dor lombar (Hernandez-Reif, Field, Krasnegor, & Theakston, 2001a), em crianças com artrite reumatóide juvenil

(Field et al, 1997a), na fibromialgia (Sunshine, Field, & Quintino, 1996; Field, Diego, Cullen, Sunshine, & Douglas, 2002a; Field, Delage, Hernandez-Reif, 2003a), no síndrome do túnel cárpico (Field et al, 2004c) ou em situação de enxaqueca (Hernandez-Reif, Dieter, Field, Swerdlow, & Diego, 1998).

Embora os estudos sejam variados, existe um elemento que é comum a todos eles, o factor dor e de que forma é que este limita a funcionalidade, aumenta a ansiedade e interfere com a capacidade do ser humano dormir profundamente. No estudo realizado por Field et al (1997b), as mulheres que receberam massagem durante o trabalho de parto apresentaram níveis de dor menores na Escala Visual Analógica (EVA), tiveram trabalhos de parto mais rápidos, apresentaram menos ansiedade e níveis mais baixos de cortisol, no pós parto os níveis de depressão eram menores do que as mães do grupo de controle. Relativamente às crianças queimadas, a dor é decorrente dos procedimentos feitos pelos profissionais de saúde. Embora nestes casos sejam administrados medicamentos para reduzir a dor, estes apresentam efeitos secundários, a utilização da massagem antes dos tratamentos poderá ser um meio de diminuir a medicação. Estas crianças apresentaram níveis de dor e de stress mais baixos após a massagem (Field et al, 1998; Hernandez-Reif et al, 2001b). No estudo realizado com crianças com artrite reumatóide foram os pais que aplicaram a massagem, neste grupo houve uma maior diminuição dos níveis de dor e das limitações nas actividades da vida diária provocadas pela dor (Field et al, 1997a). Nos estudos com utentes com fibromialgia houve uma melhoria nos níveis de dor, na rigidez, na fadiga e menos dificuldade em dormir e diminuição da substância P (Field et al, 2002a; Sunshine et al, 1996).

Os resultados encontrados nos estudos sobre a relação da massagem e a diminuição da dor vêm demonstrar que existe uma relação de causa-efeito, contudo o mecanismo responsável por esse efeito não é totalmente conhecido, havendo por isso três hipóteses que são aceites como possíveis explicações para o facto. São elas: Teoria do Portão, Nível de substância P e o Nível de Serotonina (Field, 1998; Field et al, 2007).

A Teoria do Portão desenvolvida por Wall e Melzack (1965) diz-nos que a informação da dor pode ser menor quando temos dois estímulos em competição, por exemplo pressão e frio (Moyer, Rounds, & Hannum, 2004). Os efeitos da massagem podem ser explicados através desta teoria, ou seja quando utilizamos a massagem esta é realizada com pressão moderada, por isso perante uma situação de dor, existem duas informações a tentar chegar aos centros superiores, a dor e a pressão, como as fibras de dor são mais curtas e menos mielinizadas que as fibras de pressão, a informação da dor demora mais tempo a chegar ao

cérebro. Assim, a informação das fibras da pressão “fecham o portão” à informação de dor, mesmo antes de este lá ter chegado, sendo esta a explicação para o efeito analgésico da massagem (Field, 1998; Field, 2006; Field et al, 2007; Moyer et al, 2004;).

A outra hipótese que os investigadores apresentam para esta relação tem a ver com as alterações de substâncias químicas, nomeadamente da substância P (Field, 2006; Field et al, 2007; Moyer et al, 2004). A substância P está relacionada com os níveis de dor, perante uma situação de privação de sono profundo o nível da substância P aumenta e a da somatostatina diminui deixando a pessoa experienciar dor (Sunshine et al, 1996). No estudo de Field et al (2002) o nível da substância P foi medido através de análise à saliva e o tempo de sono profundo foi gravado, no final o grupo da massagem apresentou níveis mais baixos de substância P e obteve maiores períodos em sono profundo. Como se viu pelos estudos apresentados anteriormente, a massagem promove o sono profundo e mais calmo, resultando uma diminuição da sensação de dor (Field et al, 2002; Hernandez-Reif et al, 1998; Sunshine et al, 1996).

A terceira hipótese é o aumento dos níveis de Serotonina após a massagem, este dado foi encontrado em alguns dos estudos (Field et al, 1996a; Hernandez-Reif et al, 1998). O aumento dos níveis de serotonina parece estar relacionado com a interrupção da informação do estímulo doloroso ao cérebro, uma vez que esta está relacionada com a diminuição da substância P (Field, 1998; Field et al, 2000; Field et al, 2007; Moyer et al, 2004).

Outros estudos sugerem que a aplicação da massagem com pressão estimula a libertação de oxitocina e endorfinas para o sistema circulatório. Ao provocar um estímulo álgico, esta informação é transmitida aos centros superiores, activando o sistema descendente inibidor de dor. Como resposta, temos a libertação de péptidos opóides (endorfinas) e uma diminuição da actividade do cordão posterior, alteração do limiar de dor, tendo como resultado a hipoalgesia e sedação (Lund et al, 2002; Moyer et al, 2004; Uvnas-Moberg, 1996, 2004). Desta forma, percebemos que a massagem pode promover diminuição da dor e produzir sentimentos de bem-estar através da modificação dos elementos químicos.

Relativamente ao dormir já vimos anteriormente, que as crianças a quem foi realizada a massagem apresentaram níveis mais baixos de substância P, permitindo que estas dormissem mais profundamente. Este ponto é muito importante, pois é durante o sono profundo que os bebés crescem e se dá a auto-regulação. Se estivermos a estudar bebés prematuros esta necessidade ainda é mais premente, uma vez que quanto mais depressa

crescer e ganhar homeostasia dos sistemas maior será a sua taxa de sobrevivência (Ferber, 2004a).

Os estadios comportamentais dos recém-nascidos reflectem a maturidade da sua organização neurocomportamental (Ferber, 2004a). Segundo Brazelton (2004), o dia de um recém-nascido encontra-se dividido entre estar acordado e a dormir. Esta é uma relação que se vai alterando com o desenvolvimento do bebé, este vai estando cada vez mais tempo acordado e com uma maior capacidade de interagir com os outros. O bebé divide o seu tempo por seis estadios de consciência: Sono profundo (olhos fechados, respiração regular, sem movimentos), sono leve (respiração irregular, pequenos movimentos esporádicos), sonolência (olhos abertos e fechados alternadamente), vigíl-alerta tranquilo (olhos abertos, sem movimentos amplos, completamente receptivo), activo (olhos abertos, com movimentos amplos, sem choro, fazem esforços ineficazes para se controlar) e choro (olhos abertos ou fechados, com movimentos amplos, tem diversas causas). Cabe aos pais irem reconhecendo e aprendendo estas passagens de estadio de consciência, para que a sua resposta seja a mais adequada possível, no sentido de compreender, confortar o bebé e ajudá-lo na sua regularização.

Durante as primeiras semanas de vida de um recém-nascido, a rotina imposta em casa é fundamental para o bebé ajustar o seu ciclo de sono, por exemplo a constância nos horários das refeições, banhos, etc. Alguns estudos destacam as crianças japonesas como aquelas que por volta de um mês de idade já conseguem regular o ciclo dormir-acordar, enquanto os bebés europeus só por volta dos 3-4 meses (Ferber, 2004a). Na regulação do ciclo de dormir está envolvido um importante factor químico, que é a libertação da hormona Melatonina, esta aumenta os seus níveis desde o primeiro mês de vida até ao primeiro ano e é um importante regulador do ciclo de sono. A sua libertação é condicionada pelos níveis de stress, pois o Cortisol, a Epinefrina (Adrenalina) e a Norepinefrina (Noradrenalina) inibem a sua libertação, daí bebés com altos níveis de stress terem maior dificuldade de dormir profundamente (Ferber, 2004a).

Ferber, Laudion, Kuint, Weller, & Zisapel (2002b) estudaram a relação entre a massagem e os níveis de melatonina e quais as implicações que estas tinham no ciclo circadiano. Os pais foram ensinados a realizar a massagem durante 14 dias, por um período de 30 mn, em que a idade inicial dos bebés era de 10 dias de vida. Os resultados que encontraram foram: os bebés do grupo experimental estavam mais bem adaptados na alternância entre os períodos de descanso e actividade às 8 semanas, os níveis de melatonina às 12 semanas eram

mais altos, os picos de melatonina ocorriam de madrugada e à tarde, mostrando uma maior maturação do sistema. A massagem pode ser uma importante estratégia que os pais podem utilizar para introduzir nas rotinas dos recém-nascidos e que ajudam a induzir o sono. Também Field e Hernandez-Reif (2001), no seu estudo encontraram os seguintes resultados: Os pais que realizaram massagem nos seus filhos tiveram menos dificuldade e ansiedade em adormece-los e melhores rotinas ao deitar. Em relação aos bebés estes conseguiram fazer sonos mais seguidos e adormeceram mais rapidamente. Num estudo anterior com crianças do pré-escolar também elas adormeciam mais rapidamente após a massagem (Field, Kilmer, Hernandez-Reif, & Burman, 1996b).

Por tudo o que se apresentou, se pode perceber que a diminuição da dor e a promoção do sono são importantes factores que podem interferir com o desenvolvimento do bebé.

### **Aumento das defesas do sistema imunitário**

O sistema imunitário é composto por duas partes, a imunidade inata, própria de cada ser humano e que já nasce com ele, e a imunidade adquirida. Na imunidade inata incluem-se as barreiras anatómicas, como a pele e as suas funções de defesa, as mucosas e os pêlos das narinas, a barreira química com a acidez do suor, saliva e da lágrima e a actividade celular dos leucócitos, eosinófilos e monócitos. A imunidade adquirida está dependente do tipo de agentes que o ser humano contacta e com a resposta que o organismo desencadeia para os combater. Este é um sistema complexo e com uma forte relação com o sistema nervoso central (Reiter, 1990).

A pele funciona como um órgão imunológico e participa na resposta imunitária, produzindo uma hormona semelhante às células T (células de defesa do sistema imunitário) produzidas no Timo (Field, 2001a; Reiter, 1990).

Os estudos de Suomi e da sua equipa com macacos vêm demonstrar que em situações de privação táctil a resposta imunitária está comprometida, havendo uma diminuição da actividade das células *Natural Killer* (NK). No mesmo estudo foram encontradas outras alterações que ocorreram associadas a esta, como aumento de frequência cardíaca e das hormonas de stress, alteração dos padrões de sono e das ondas cerebrais. Estes resultados vêm demonstrar que em situações em que há diminuição da estimulação táctil, temos como resposta do organismo uma activação do sistema nervoso simpático. Contudo, quando eram reintroduzidas formas de contacto táctil havia uma reversão da resposta, activando o sistema imunitário e promovendo a interacção social entre os vários membros (Field, 2001a; Reiter,

1990). Estes resultados vieram apontar para a existência de uma forte relação entre o toque, a vinculação e a regulação imunológica (Reiter, 1990).

Nos últimos anos, têm sido realizados diversos estudos que pretendem perceber a relação entre a massagem e a resposta do sistema imunitário, em populações adultas e adolescentes com HIV (Diego, Field, Hernandez-Reif, Shaw, Friedman, & Ironson, 2001; Ironson et al, 1996), no cancro da mama (Hernandez-Reif et al, 2004; Hernandez-Reif, Field, Ironson, Beutler, & Vera, 2005) e em crianças com Leucemia (Field et al, 2001).

Em vários dos estudos apresentados acima foram encontrados resultados semelhantes nomeadamente o aumento dos níveis das células NK (Diego et al, 2001; Hernandez-Reif et al, 2004; Hernandez-Reif et al, 2005). Associado a este aumento, ocorreram melhorias nos níveis de outras células que ajudam na defesa do nosso organismo, promovendo um fortalecimento do sistema imunitário. No estudo com adolescentes com HIV (Diego et al, 2001) aumentaram os níveis de CD4, em crianças com leucemia (Field et al, 2001) e mulheres com cancro da mama (Hernandez-Reif et al, 2004; Hernandez-Reif et al, 2005) aumentaram os níveis de linfócitos.

O mecanismo que permite explicar a relação entre a massagem e aumento das defesas do sistema imunitário não é conhecido mas existem algumas hipóteses, por um lado, nos estudos apresentados associado aos aumentos dos níveis das células NK houve aumento dos níveis de dopamina e serotonina, melhoria do humor e diminuição dos níveis de depressão. Por outro, ao utilizar a massagem com pressão vamos estimular o nervo vago e o parassimpático levando à diminuição dos níveis de cortisol e norepinefrina, experienciando a pessoa menos stress e ansiedade. Como resultado, temos um aumento das defesas do sistema imunitário, isto porque níveis altos de cortisol inibem a produção das células NK (Field, 2006; Field et al, 2007).

### **Diminuição dos níveis de stress, da depressão e da ansiedade**

O recém-nascido é um ser frágil e dependente e por isso o ambiente onde se desenvolve é fundamental para atingir a homeostasia dos sistemas. A relação da díade mãe-bebé vai-se regulando mutuamente ao longo do tempo, por isso a proximidade entre ambos facilita a comunicação e permite um maior cuidado por parte da mãe (Winberg, 2005). Situações que colocam o bebé em perigo sejam de natureza psicológica ou fisiológica podem levar à alteração deste estadio de equilíbrio, provocando situações de stress (Moraska, Pollini, Boulanger, Brooks, & Teitlebaum, 2008). Como já se referiu anteriormente, em alguns dos

estudos apresentados, perante uma situação de stress a resposta fisiológica do organismo traduz-se num aumento dos níveis de cortisol e de adrenalina. Assim como, um aumento dos níveis de triiodotironina (T<sub>3</sub>) e Tiroxina (T<sub>4</sub>) e uma diminuição dos níveis de serotonina (Cifra & Sancho, 2004). Nestas situações o sistema nervoso simpático é activado resultando numa estimulação do eixo hipófise – pituitária - glândula supra-renal. Estas alterações têm como consequência um aumento da pressão arterial, da actividade cardiovascular, dos níveis das hormonas de stress, diminuição do aporte sanguíneo ao sistema digestivo, aumento da ansiedade, adopção de uma atitude defensiva, exibição de um comportamento excitado, ou seja todo o organismo se organiza numa posição “de defesa - fuga” (Field, 2001a; Uvnas-Moberg, 2004)

Perante situações de stress aumentam os níveis de factor de libertação de corticotropina (CRF) e vasopressina, que por sua vez vão levar à libertação da adrenocorticotropina (ACTH) para a corrente sanguínea. O aumento de ACTH resulta na estimulação da glândula supra-renal levando à libertação de glucocorticóides (cortisol) permitindo que o indivíduo possa lidar melhor com esta ameaça. O organismo organiza-se de forma a conseguir fugir ao perigo, para tal, necessita de ter nutrientes disponíveis para o músculo funcionar rapidamente e dá-se uma diminuição da actividade do sistema imunitário pois toda a energia tem que estar canalizada para a mobilidade (Meaney, Aitzen, Bhatnagar, Bodnoff, Mitchell, & Sarrieau, 1990).

Nas situações em que o stress se mantém durante muito tempo, o organismo fica sujeito à acção prolongada do cortisol podendo ocorrer atrofia muscular, diminuição das defesas do sistema imunitário e do crescimento, diminuição da sensibilidade à insulina, hipertensão, hiperlipidemia, doença arterial, entre outras. Mantendo-se esta situação durante mais tempo do que o necessário pode ter consequências graves (Meaney et al, 1990). Estas alterações podem ter efeitos no neuro-desenvolvimento de recém-nascido, o facto de haver uma diminuição das experiências sensoriais em fases precoces da vida do bebé podem levar à diminuição de sinapses entre as células nervosas, podendo provocar alterações nas funções cerebrais, a nível da aprendizagem, memória ou no comportamento, e no futuro podem ter como consequência que esta criança ao longo da sua vida seja um indivíduo desajustado a nível sócio-emocional (Field, 2001a; Thompson & Trevantham, 2008).

Após a situação de stress e por feedback negativo (inibição) há uma diminuição dos níveis de ACTH, CRF e Vasopressina. Estes estudos iniciais foram feitos com animais, utilizando para isso dois grupos de ratos, um que tinha privação táctil e outro que não tinha.

Os resultados do estudo mostraram que os níveis de base são diferentes quando se compararam os ratos que tinham contacto táctil, dos ratos que não tinham, os primeiros tinham níveis de cortisol mais baixos do que os outros e havia um retorno mais rápido para os valores de base (Meaney et al, 1990).

Os estudos realizados em bebés prematuros mostraram que após a massagem há uma diminuição dos níveis de stress. Habitualmente os ensaios clínicos medem diferentes parâmetros: os níveis de cortisol na saliva ou na urina, da epinefrina (adrenalina) ou norepinefrina (noradrenalina), a pressão arterial ou o ritmo cardíaco.

Relativamente aos efeitos da massagem na redução dos níveis de stress, a revisão da literatura de Moraska et al (2008) e a meta-análise de Moyer et al (2004) parecem concordar que quando avaliado os efeitos do tratamento individual (pré-pós sessões de massagem) havia uma diminuição do ritmo cardíaco, assim com parece haver uma tendência para a redução da pressão arterial. Em relação aos níveis de cortisol, assim com os níveis das catecolaminas, havia um decréscimo dos valores, após a sessão de massagem, mas os efeitos do tratamento múltiplo, ou seja ao longo de todo o estudo, não são significativos (Moraska et al, 2008). Moraska et al (2008), assim como Moyer et al (2004) e Underdown, Barlow, Chung e Stewart-Brown (2007) referem a necessidade de se realizarem mais estudos e mais rigorosos para se perceber melhor os efeitos e os mecanismos subjacentes à utilização da massagem.

O nascimento de um bebé e as mudanças que este evento provoca na vida da mulher levam muitas vezes a alterações de humor e ao aparecimento de sentimentos de ansiedade e de depressão que interferem na relação mãe-bebé, provocando alterações no desenvolvimento da criança (Feijó, Hernandez-Reif, Field, Burns, Valley-Gray, & Simbco, 2006; Ferber, 2004b). Mães deprimidas interagem menos com os seus bebés, apresentando uma diminuição dos diferentes comportamentos que são comuns às mães como a mímica facial, o sorriso, o toque, o jogo ou a imitação (Ferber, 2004b; Field et al, 2005b). O toque é fundamental como forma de comunicação e para a adaptação do bebé ao mundo exterior e com os outros, como facilitador da estabilidade do sistema nervoso central e como regulador na relação cuidador-bebé (Ferber, 2004b; Jean & Stack, 2009; Tronick, 1995). Os bebés de mães deprimidas tendem a passar menos tempo nos estádios de vigil e alerta e mais no sono profundo, têm maiores alternâncias entre estádios e têm piores resultados na Escala de Brazelton, NBAS, a nível da orientação, dos estímulos faciais e da voz, respondem menos, estão menos atentos e são menos empáticos (Field, Diego, & Hernandez-Reif, 2009; Field et al, 2005b).

Assim, é importante que os profissionais de saúde tenham ao seu dispor ferramentas que ajudem a melhorar relação mãe-bebé, a massagem poderá ser uma importante estratégia capaz de promover essa interacção.

Alguns estudos têm sido desenvolvidos nesta área, como seja o estudo com mães adolescentes deprimidas e bebés de termo (Field et al, 1996a), em que os autores foram perceber qual a influência de duas intervenções no desenvolvimento do bebé. Para tal foram criados dois grupos e os bebés foram divididos pelos dois, num dos grupos, os bebés eram massajados e noutra eram embalados, no final do estudo os bebés sujeitos à massagem apresentaram níveis de cortisol e de catecolaminas mais baixos, mostraram-se mais alerta, mais calmos e sociáveis, assim como dormiam melhor. Este estudo vem mostrar que a massagem pode ser uma importante estratégia para potenciar o desenvolvimento do bebé em populações com mães deprimidas. Estudos mais recentes, com mães deprimidas e bebés de termo vêm confirmar estes resultados havendo melhoria da depressão materna e aumento da interacção mãe-bebé (Glover, Onozawa, & Hodgkinson, 2002; O'Higgins, Roberts, & Glover, 2008; Onozawa, Glover, Adams, Modi, & Kumar, 2001).

Também o estudo de Peláez-Nogueras, Field, Hossain e Pickens (1998) em que o objectivo era avaliar a interacção das díades mãe-bebé na situação do “still-face” utilizando o toque, com mães deprimidas e não deprimidas, os resultados mostram que os bebés das mães deprimidas mostraram melhores níveis de afectos positivos (sorrir e vocalização) e contemplaram mais as mãos das mães. Estes resultados vêm realçar a importância do toque, mesmo em situações em que a interacção e os afectos estão diminuídos como é o caso de mães deprimidas, a introdução do tocar parece compensar os afectos negativos.

A massagem não tem só efeitos no bebé mas também no adulto, um estudo que utilizou como amostra um grupo de idosos voluntários para realizar a massagem em crianças num infantário, por um período de três semanas, três vezes por semana, constatou-se que houve uma melhoria dos níveis de ansiedade, de depressão e diminuíram os níveis de cortisol na saliva dos idosos (Field, Hernandez-Reif, Quintino, Schanberg, & Kuhn, 1998b).

Em estudos com bebés prematuros, os resultados foram semelhantes, as mães que realizaram a massagem apresentaram comportamentos menos depressivos (Feijó et al, 2006; Ferber et al, 2005) e níveis de ansiedade menores (Feijó et al, 2006) e aos 3 meses de idade dos bebés o nível de interacção na díade mãe-bebé era maior neste grupo do que no de controlo (Ferber et al, 2005).

Alguns estudos salientam os efeitos negativos que a depressão e ansiedade da grávida podem provocar no bebé, estes podem ir desde atrasos no crescimento, alterações do desenvolvimento cognitivo e fisiológico, maiores níveis de cortisol, menores de serotonina e dopamina nos recém-nascidos, maior desorganização neurocomportamental (segundo a NBAS) e dos padrões de sono, maior activação do lobo frontal direito confirmado por electroencefalograma (EEG), dado que é comum nas pessoas deprimidas e menor actividade vagal. Na mãe, os efeitos são similares, os níveis de ansiedade são avaliados pelo State-Trait Anxiety Inventory (STAI), a depressão pela Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) e o humor pela Profile of Mood States (POMS) (Field, Diego, Hernandez-Reif et al, 2003b; Field et al, 2002b; Jones, Field, & Almeida, 2009). Perante estes factos foram desenvolvidos estudos em que se aplicaram programas de massagem à grávida de forma a perceber se este tipo de intervenção alterava os resultados, quando a amostra era constituída por mães com níveis altos de depressão e ansiedade. Os estudos vêm mostrar que após o programa de massagem houve uma diminuição das hormonas de stress (cortisol e norepinefrina), níveis mais baixos de depressão e ansiedade, menor actividade fetal, (Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg, & Kuhn, 2004d), assim como melhores resultados na NBAS (Field et al, 2004d; Field, Hernandez-Reif, & Diego, 2006b), os bebés que receberam massagem com pressão moderada interagiram mais tempo através do sorriso e da vocalização (Field et al, 2006b). Também houve uma mudança na activação do lado direito para o lado esquerdo (associado com a alegria) do lobo frontal (Field, 2006).

Embora se tenham encontrado resultados positivos na utilização da massagem para redução da ansiedade e depressão, os mecanismos subjacentes continuam no campo das hipóteses, sendo por isso necessário realizar mais estudos para que se conheça todo o processo envolvido. A hipótese mais consensual e uma vez que os resultados são potenciados quando se utiliza pressão moderada, parece ser a activação do nervo vago (Field & Diego, 2008).

Os estudos apontam para que a massagem seja uma importante forma de intervenção para facilitar e potenciar a relação mãe-bebé. Os benefícios são muitos, tanto para o bebé como para o cuidador, contudo ainda há muito por esclarecer, como sejam, os mecanismos que estão relacionados com estes ganhos e qual o programa mais eficaz.

## **Objectivos**

O presente estudo pretende avaliar as implicações da massagem do bebé na relação da díade mãe-bebé desde a gravidez até ao primeiro ano de vida da criança.

Tendo em conta que a preparação para a maternidade não se inicia quando o bebé nasce, mas pressupõe uma etapa anterior, em que o antecipar da situação é preditiva de uma melhor adaptação e que o primeiro ano de vida do bebé é um ano de transição e de grandes adaptações por parte dos pais e do bebé, é fundamental desenvolver estratégias que permitam que as famílias se desenvolvam de uma forma saudável e que consigam encontrar o equilíbrio e a homeostasia. Os profissionais de saúde que trabalham nesta área, devem ajudar na prevenção de alterações na relação da díade e na promoção do estabelecimento de relações saudáveis, contribuindo deste modo para um aumento da qualidade nos cuidados materno-infantis.

A massagem do bebé, através dos estudos até agora desenvolvidos, evidencia grandes benefícios na facilitação da relação na díade.

Com este trabalho pretende-se perceber de que forma é que a massagem influencia o temperamento do bebé, as atitudes, a satisfação, os níveis de ansiedade de separação materna e o desempenho do papel de mãe desde a gravidez até aos 12 meses de vida da criança.

### **CAPÍTULO III**

*OS COMPORTAMENTOS DA MÃE NOS PRIMEIROS MESES DE VIDA DO BEBÊ:  
ATITUDES RELATIVAS À MATERNIDADE, EXPERIÊNCIA ASSOCIADA À  
MATERNIDADE, SATISFAÇÃO PARENTAL, ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO MATERNA E  
TEMPERAMENTO DO BEBÊ*

## **Atitudes Relativas à Maternidade**

A fase inicial da maternidade é uma etapa que as mães muitas vezes referem como difícil e em que se sentem assoberbadas de trabalho. O apoio do pai quando o bebê nasce é muito importante, cabe à mãe o papel de envolver o companheiro nos cuidados parentais. Isto porque casais com boa estabilidade na relação conjugal, em que ambos se apoiam mutuamente, envolvem-se mais na relação com o bebê. Contudo, o comportamento da mãe pode contribuir para afastar o pai da relação com o bebê, quando esta assume todas as funções de cuidar do bebê (Lewis & Lamb, 200; Mercer, 1986). Ser mãe, em particular se for o primeiro filho, é um momento muito gratificante, mas associado com momentos de grande stress, em particular nos primeiros meses de vida do bebê. Associado a esta nova etapa na vida da mulher, há uma dualidade de sentimentos, alternando entre positivos e negativos, por um lado a concretização de um sonho e por outro, sentimentos de culpa, pois não se identificam como mães perfeitas ou ideais (Cowdery & Knudson-Martin, 2005; Goldstein et al, 1996; Pridham & Chang, 1992).

O processo de mudança e a sua adaptação psicológica reflectem-se nas atitudes relativas à maternidade, em particular na auto-estima, nas relações interpessoais e nas atitudes para com a criança. Esta pode ser mensurável através de instrumentos em que a mãe se auto avalia (Ruble, Fleming, Stangor, Brooks-Gunn, Fitzmaurice, & Deutsch, 1990).

Para Belsky (1984), existem três importantes factores que influenciam os comportamentos parentais: as características dos pais, por exemplo as características psicológicas, o comportamento da criança e as condições sócio contextuais, onde se incluem a rede social de suporte ou a estabilidade da relação matrimonial. Segundo, Ruble et al (1990) o período de adaptação à maternidade está relacionado com diferentes domínios, tais como: atitudes relacionadas com a maternidade, satisfação, ansiedade, suporte social, a auto-confiança, a procura de informação na gravidez e no puerpério e as características que as mulheres pensam estar subjacentes à maternidade e que acreditam ser importantes para representar este novo papel.

O suporte social é apontado pelos autores como um importante elemento na adaptação à maternidade, aumentando o grau de satisfação, disponibilidade da mãe para os filhos e numa interacção mais positiva entre a mãe e a criança, assim como na construção de uma relação de vinculação segura (Belsky, Sligo, Jaffee, & Woodward, 2005; Boernstein, Hendricks, Hahn, Haynes, Painter, & Tamis- LeMonda, 2003; Feldman, 2000; Goldstein et al, 1996; Knauth,

2000; Kaitz & Katzir, 2004; Mercer & Ferketich, 1994; Pancer, Pratt, Hunsberger & Gallant, 2000; Pridham, Lin, & Brown, 2001). As mães que recebem maior apoio social, em particular do marido e das mães, durante a gravidez e puerpério, adaptam-se de uma forma mais positiva à situação de grávida, parto e puerpério, do que as mulheres que não recebem apoio (Cronin, 2003; Goldstein et al, 1996; Knauth, 2000; Mercer, & Ferketich, 1994; Pancer et al, 2000; Pridham et al, 2001; Wicki, 1999).

Relativamente à relação matrimonial, as mães que têm uma melhor relação com o cônjuge têm uma relação mais segura com o bebé (Elek et al, 2003; Isabella & Belsky, 1985; Kaitz & Katzir, 2004; Oates & Heinicke, 1985). Os autores estão de acordo que existe uma diminuição da satisfação da relação quando nasce um bebé, no entanto apresentam diferentes períodos de crise, podendo variar entre o último trimestre da gravidez até aos nove meses de vida da criança (Isabella & Belsky, 1985; Knauth, 2000; Wicki, 1999). Para os autores, existe uma fase de mudança e de adaptação que pode ir até ao fim do primeiro ano de vida do bebé (Isabella & Belsky, 1985; Wicki, 1999).

Outro factor importante a tomar em consideração é o temperamento do bebé, parece existir uma relação entre o seu temperamento e as atitudes da mãe, influenciando a interacção entre os dois (Belsky, 1984; Deutsch, Ruble, Fleming, Brooks-Gunn, & Strangor, 1988; Francis-Connolly, 2000; Pizur-Barnekow, 2006; Pridham & Chang, 1992; Pridham, Chang, & Chiu, 1994).

As mães que classificam os seus bebés como tendo temperamentos mais difíceis apresentam níveis mais baixos de auto-confiança, associado com maiores índices de depressão e ansiedade, assim como as estratégias de *coping* também se tornam menos eficazes (Fleming et al, 1990; Hyde, Else-Quest, Goldsmith, & Biensanz, 2004; Pizur-Barnekow, 2006; Porter & Hsu, 2003; Pridham & Chang, 1992). As mães que classificam os seus bebés como mais difíceis têm necessidade de lhes pegar mais e têm mais dificuldade em se separarem deles e de os confiarem aos cuidados de outras pessoas (Hsu, 2004; Lowinger, 1999). A percepção que as mães têm do temperamento do bebé, pode ser feita através dos níveis de: sono e irritabilidade do bebé (Fleming et al, 1990; Pridham et al, 1994), competência maternal e depressão (Hyde et al, 2004), eficácia da mãe nos primeiros três meses (Porter & Hsu, 2003), regularização da amamentação, facilidade em acalmar o bebé (Pridham et al, 1994) e experiência com bebés (Pizur-Barnekow, 2006).

A preparação para esta nova fase que é a maternidade parece estar relacionada com o nível de conhecimento que a mãe adquire na gravidez e o facto de antecipar esta nova etapa da sua vida. Uma melhor adaptação é preditiva da sensibilidade maternal e numa melhor adequação de resposta na interacção com o bebé (Bornstein et al, 2003; Cox, Owen, Lewis, Riedel, Scalf-McIver, & Suster, 1985; Deutsch et al, 1988; Heinecke, 1984; Heinecke, Diskin, Ramsey-Kleen, & Given, 1983; Oates, & Heinicke, 1985; Pancer et al, 2000; Warren, 2005). Os novos pais querem desempenhar o melhor possível esse papel, para tal procuram desenvolver estratégias de *coping* para melhor se adaptarem a esta nova situação. Isso pode ser feito através de procura de informação, da frequência de classes de preparação para o nascimento, antecipação da nova situação ou através da avaliação dos apoios sociais e materiais de que dispõem (Deutsch et al, 1988; Glade et al, 2005; Pancer et al, 2000; Wicki, 1999). As atitudes das mães mudam ao longo do ciclo de vida das crianças, assim como as suas preocupações e os seus objectivos. O primeiro ano de parentalidade é um ano de crescimento e de mudança a vários níveis, emocional, físico e social (Gardner & Deatrck, 2006; Glade et al, 2005; Knauth, 2000; Knauth, 2001; Mercer, 2006). Conseguir dar respostas adequadas às necessidades do bebé é algo que se vai aprendendo na relação mãe/pai/bebé e não é algo inato que acontece com o nascimento do bebé. O bebé em todo este processo participa de uma forma activa, embora muitos pais não tenham consciência das competências que ele tem quando nasce (Klaus, Kennel, & Klaus, 2000; Nichols & Humenick, 2000; Stern, 1992).

### **Experiência associada à Maternidade**

As capacidades de resposta que a mãe vai desenvolvendo ao longo do primeiro ano de vida estão dependentes de alguns factores como sejam: a auto-eficácia, a idade da mãe e do bebé e a adaptação à nova situação. As mães, ao longo dos primeiros meses de vida do bebé, vão aumentando o seu nível de confiança, o que lhes permite perceber melhor os pedidos do bebé e serem capazes de dar respostas mais adequadas (Erdwins, Buffardi, Casper, & O'Brien, 2001; Pridham et al, 1994). Quanto mais confiantes as mães se sentem, menos se queixam da quantidade de trabalho que têm para desempenhar as múltiplas tarefas do dia-a-dia, tornam-se menos ansiosas por se terem de separar das crianças quando vão trabalhar, mais positivas e apresentam maiores níveis de auto-estima (Erdwins et al, 2001; Hudson, Elek, & Fleck, 2001; Pridham et al, 2001).

A idade do bebé e a idade da mãe são factores que parecem interferir com o grau de competência da mãe. As mães mais velhas apresentam menores níveis de ansiedade (Blunk &

Williams, 1999; Erdwins et al, 2001). Assim como, ao longo dos primeiros meses de vida do bebé, também as mães se tornam mais positivas, capazes de resolver mais facilmente os problemas e as tarefas inerentes aos cuidados maternos (Hudson et al, 2001; Mercer & Ferketich, 1994; Pridham & Chang, 1992; Pridham et al, 2001). A ansiedade de separação materna é outro factor que pode condicionar o papel da mãe e interferir na relação mãe-bebé. Para descrever o nível da ansiedade da separação materna é importante ter em consideração: a angústia da mãe por estar longe do seu filho, a percepção da angústia que a criança apresenta resultante da separação e o medo que, na sua ausência, o outro cuidador não seja capaz de prestar correctamente os cuidados à criança (Hock & Lutz, 1998; Hock, McBride, & Gnezda, 1989; Hock & Schirtzinger, 1992; McBride & Belsky, 1988; Scher, HersHKovitz, & Harel, 1998).

A transição para a parentalidade nem sempre é pacífica, muitas vezes apresenta-se muito diferente das expectativas que os pais têm do nascimento de um filho, contudo pais optimistas tendem a ser mais positivos (Lawrence, Nylén & Cobb, 2007).

A multiplicidade de novas tarefas, o providenciar de cuidados ao bebé, a interacção no casal, com os amigos ou família, são algumas das dificuldades com que os novos pais se deparam (Pittman, Wright, & Lloyd, 1989).

Os autores parecem concordar que a transição para esta nova fase inicia-se muito antes do bebé nascer, gravidez e maternidade estão intimamente relacionadas, sendo considerados períodos de desenvolvimento e implicam a realização de determinadas tarefas. Colman e Colman (1994) salientam várias: a primeira começa por ser a aceitação da gravidez, muito embora para muitas mães este seja um acto pensado e planeado, é necessário essa confirmação, os exames médicos são importantes meios para a confirmação definitiva.

Depois o aceitar a realidade do feto, ao longo da gravidez e à medida que o bebé se desenvolve, o facto de se mexer e de se poder visualizar na ecografia fá-lo ganhar uma identidade e uma autonomia própria, deixando de ser um prolongamento do corpo da mãe. Esta separação psicológica é muito importante e é preparatória da próxima fase aquando do nascimento do bebé, em que se dá a separação física.

Depois a fase de reavaliar e reestruturar a relação com os pais, este é um passo em que se confrontam os modelos de pai e mãe das famílias de origem, existe uma reavaliação dos seus próprios modelos de educação, na tentativa de encontrar um modelo de educação. Em seguida, é necessário reavaliar e reestruturar a relação com o companheiro, este deixa de ser

só parceiro romântico para passar a desempenhar um novo papel, o de ser pai, com o qual a mãe divide a difícil tarefa de educar e cuidar do bebé. Com a chegada de um bebé e principalmente se for primeiro filho, o casal tem que se ajustar em diferentes planos, relacional, sexual, afectivo e de rotinas. É necessário haver um reajustamento que permita ao casal comunicar, partilhar tarefas e tomar decisões que possibilitem o crescimento enquanto casal e família.

Outra das fases, é a da mãe aceitar o bebé como indivíduo, a sua separação do bebé como pessoa autónoma, com necessidades próprias que por vezes convergem com a necessidade da mãe (por e.g. a necessidade de colo), mas outras vezes não. É importante que os pais desde cedo sejam capazes de interpretar as necessidades dos seus filhos e consigam dar respostas adequadas, que possibilitem que estes seres totalmente dependentes dos cuidadores se vão tornando seres independentes e seguros. Em todo o processo o progenitor necessita de reavaliar e reestruturar a própria identidade, o que implica integrar o novo papel que lhe é atribuído o de ser mãe ou pai, esta adaptação está dependente do valor atribuído à identidade anterior. Para uns é uma grande gratificação e é o realizar de um sonho, para outros é romper com tudo aquilo que idealizaram na sua vida. É um balanço entre ganhos e perdas e a aceitação da mudança (Canavarro, 2006; Colman & Colman, 1994).

No caso de haver outros filhos, é necessária a reestruturação da família no sentido de integrar um novo elemento e conseguir gerir o tempo e as atenções entre os filhos. O bebé não deve ser um prolongamento do irmão, mas sim assumir uma identidade própria (Canavarro, 2006).

Mercer (2004), por seu lado destaca quatro fases para a mulher assumir a maternidade, que vai desde a gravidez até aos quatro meses de vida do bebé. A evolução está dependente dos protagonistas do processo, ou seja da mãe, do bebé e do ambiente. As características da mãe como auto-conceito, empatia, atitudes, experiência do parto, o seu estado de saúde, a maneira como foi criada ou o suporte social dado pelo companheiro são factores que podem influenciar o tempo de assumir a maternidade. Em relação ao bebé, o seu temperamento, as pistas que dá, a interacção, o seu estado de saúde ou o seu aspecto físico poderão ser importantes factores para o estabelecimento do papel maternal. O ambiente em que se relacionam mãe e filho, o apoio dado pela família e pelo pai, as heranças culturais, são alguns dos factores que interferem com o atingir da quarta fase, em que a mulher integra o seu novo papel social, o da maternidade (Mercer, 2004; Mercer, 2006).

Por tudo o que se mencionou anteriormente, a transição para a parentalidade, está dependente de inúmeros factores, tais como suporte social, relação conjugal, temperamento do bebé, nível de conhecimento e competências pessoais, sendo esta mudança diferente consoante o género do progenitor (Belsky, 1984; Canavarro, 2006; Deutsch et al, 1988; Elek et al, 2003; Francis-Connolly, 2000; Isabella & Belsky, 1985; Kaitz, & Katzir, 2004; Pizur-Barnekow, 2006; Pridham et al, 1994; Pridham et al, 2001; Porter & Hsu, 2003).

### **Satisfação Parental**

Os primeiros tempos de vida de um recém-nascido implicam grandes mudanças na estrutura familiar (Pancer et al, 2000), cabe aos pais aprenderem a desempenhar novas tarefas, dividindo os seus papéis de marido/mulher com o de pai/mãe (Elek et al, 2003). Actualmente, a nível social muitos casais só se sentem verdadeiramente uma família, quando têm filhos (Pittman et al, 1989).

Satisfação parental é um conceito difícil de conceptualizar, esta dificuldade na conceptualização pode levar a compromissos na validade dos resultados (Sabatelli & Waldron, 1995). Mercer (1986) apresenta uma definição de satisfação parental, para a autora esta pode ser definida como a percepção de prazer e gratificação relacionadas com o papel de mãe/pai. Sabatelli e Waldron (1995) referem que esta pode ser usada para caracterizar a atitude dos pais em relação às responsabilidades inerentes à parentalidade. A satisfação parental é diferente de satisfação familiar e está directamente relacionada com os altos níveis de satisfação com a vida, altos níveis de satisfação marital, baixos valores de violência familiar e com a maior eficácia dos papéis parentais, assim como ao melhor ajustamento das crianças em famílias de pais divorciados (Henry & Peterson, 1995; Leite & McHenry, 2002). Os dados apontam em geral para valores de satisfação parental altos e em que contribuem diversos factores, não sendo uniforme a sua contribuição em todas as categorias de pais. Embora não haja consenso em relação aos diferentes factores que influenciam a satisfação parental, Goetting (1986) aponta alguns: idade, relação laboral, habilitações literárias, estado civil, suporte social, género do progenitor e da criança e número de filhos.

Os estudos são consensuais em relação à idade dos filhos, os pais apresentam maiores níveis de satisfação quando os filhos são pequenos e menores quando são adolescentes e adultos (Brage Hudson, Campbell-Grossman, Elek, Fleck, & Shipman 2003; Elek et al, 2003; Goetting, 1986; Pittman et al, 1989; Pridham et al, 2001; Umberson & Gove, 1989). Pridham et al (2001) referem que é importante o momento de avaliação do grau de satisfação, pois no

seu estudo encontraram diferenças positivas entre um e quatro meses, havendo depois estabilização dos valores até aos doze meses. Estes resultados foram consistentes com outros estudos (Brage Hudson et al, 2003; Elek et al, 2003).

Pridham e Chang (1992), assim como Goldstein et al (1996), apresentam os primeiros três meses de vida do bebé como de grande stress, muito importantes para o equilíbrio da relação mãe-bebé. O primeiro mês é o mais difícil, havendo depois um equilíbrio ao segundo ou terceiro mês de vida do bebé.

No estudo de Ragozin, Basham, Crnic, Greenberg e Robinson (1982), quando são comparadas as idades das mães com satisfação encontram-se valores de satisfação parental mais altos nas mães mais velhas. Também Goetting (1986) refere que os pais que adiam o nascimento de um filho, permitindo que a sua carreira se consolide, apresentam níveis de satisfação mais altos. Mercer (1986) no seu estudo não corrobora este facto, concluindo antes que as mães mais velhas e com maiores habilitações literárias apresentam valores mais baixos relativamente ao papel maternal.

A relação entre satisfação e relação laboral pode ser um factor que influencia a satisfação parental, embora não seja totalmente consensual em todos os estudos. O facto das mães poderem optar por trabalhar ou não está relacionado com maiores níveis de satisfação parental (Goetting, 1986; Lerner & Galambos, 1985). Para Hoffman (1989), as mães que trabalham apresentam maiores níveis de satisfação. Isto acontece porque a mãe, ao sentir-se realizada no seu emprego, interage mais com a criança e apresenta sentimentos mais positivos para com ela. Contudo, Tulman e Fawcett (1990) destacam o facto das mães de crianças pequenas trabalharem não alterar o grau de satisfação. Gottfried e Gottfried (2006) no seu estudo longitudinal, encontraram relação entre a relação laboral e a satisfação das mães, segundo eles, mães com horários mais flexíveis e menos horas de trabalho apresentavam maiores níveis de satisfação parental.

Goetting (1986) destaca os pais com tarefas tradicionais com níveis mais altos de satisfação. Contudo, os estudos de Freysinger (1994) e Renk et al (2003) apresentam resultados contrários, maior interacção com os filhos através das tarefas de lazer aumentaram o nível de satisfação dos pais. Os pais tinham maiores níveis de satisfação que as mães, segundo os autores podem existir duas explicações para este resultado, por um lado, o facto de a mãe trabalhar fora e contribuir financeiramente para as despesas da casa permite que o pai possa tomar parte das actividades com a criança. Por outro lado, a mãe pelo facto de ter duas

importantes tarefas na sua vida pode estar exposta a níveis mais altos de stress e por isso apresentar alguma insatisfação parental (Renk et al, 2003). Também as mães, com valores mais altos de desenvolvimento do ego, conseguem ser mais afectivas na maternidade, mas em situações adversas rapidamente baixam os níveis de satisfação parental e têm grandes dificuldades em lidar com as situações diárias a que os novos pais estão sujeitos (Luthar, Doyle, Suchman, & Mayes, 2001).

Relativamente às habilitações literárias, os estudos de Erdwins et al (2001) e Bornstein et al (2003) apresentam as mães das classes sociais mais altas como aquelas que apresentam maiores níveis de satisfação, apresentando estas um maior nível de conhecimentos sobre a parentalidade e maiores apoios sociais. Goetting (1986) e Ozgun e Honig (2005) referem que as mães com níveis educacionais mais altos apresentam maiores níveis de satisfação, pois é delas a opção de serem mães, embora este não seja o principal objectivo das suas vidas.

Segundo Ceballo et al (2004), Goetting (1986), Kaitz e Katzir (2004), Perrone, Webb, e Jackson (2007), Pittman e Lloyd (1988) e Rogers e White (1998), todos sugerem que o estado civil pode influenciar o nível de satisfação parental. Ishii-Kuntz e Ihinger-Tallman (1991), no seu estudo em que comparam o nível de satisfação com diferentes tipos de pais (biológicos, biológicos recasados, stepparents), defendem que são os pais biológicos, num primeiro casamento, que apresentam os valores mais altos de satisfação parental, seguindo-se os pais biológicos recasados. Para estes autores, o facto de se ser pai pela primeira vez parece ser mais satisfatório, do que ser pai numa família onde já existiam filhos, de um ou de ambos os membros do casal. Minton e Pasley (1996) encontraram valores mais altos de satisfação nos pais não divorciados. Também para Rogers e White (1998), os pais biológicos casados foram os que apresentaram valores mais altos de satisfação parental. Contudo, Ceballo et al (2004), quando compararam pais adoptivos com pais biológicos ou “stepparents”, encontraram valores de satisfação mais altos nos pais adoptivos do que nos pais biológicos ou “stepparents”. Este facto pode ser explicado pelo facto de tanto os pais biológicos, como os “stepparents” verem a criança como uma fonte de despesa, de ocupação de tempo e de interferência na relação do casal. Para os pais adoptivos, a adopção de uma criança é o culminar feliz de uma situação dolorosa, que muitas vezes se arrasta no tempo, de infertilidade do casal, daí o nível de satisfação destes pais ser elevado.

A satisfação parental também está relacionada com o apoio que os novos pais tiveram dos seus pais e em que estes servem de modelo para o relacionamento e a vinculação com o novo bebé (Cox et al, 1985; Perrone et al, 2007). Os pais que são apoiados nas primeiras

semanas de transição para a parentalidade, através de programas educacionais apresentam melhores níveis de eficácia e de satisfação parental (Brage Hudson et al, 2003). Assim como, o apoio de outros casais que foram pais há pouco tempo é uma importante fonte de apoio social (Glade et al, 2005). As mães com maior suporte social adaptam-se mais facilmente ao seu novo papel (Belsky, 1984; Boernstein et al, 2003; Feldman, 2000; Goldstein et al, 1996; Goetting, 1986; Gottfried & Gottfried, 2006; Graham, Fischer, Crawford, Fitzpatrick, & Bina, 2000; Hsu, 2004; Knauth, 2000; Knauth, 2001; Mercer, & Ferketich, 1994; Pancer et al, 2000). O suporte dado pelos amigos, a privacidade em casa, a partilha de problemas com os pais e marido, fazem aumentar a satisfação maternal (Goetting, 1986; Menéndez, Salgado, & Hidalgo, 1996; Pittman et al, 1989; Pittman & Lloyd, 1988; Pridham et al, 2001).

Em relação ao factor género não existe unanimidade, Goetting (1986) num artigo de revisão sobre satisfação parental apresenta resultados contrários na relação entre género e satisfação parental, enquanto alguns dos estudos apontam os pais mais felizes do que as mães, outros apresentam resultados opostos. Estudos mais recentes continuam a apresentar esta dualidade, uns apresentam o pai como tendo maiores níveis de satisfação que a mãe (Freysinger, 1994; Henry & Peterson, 1995; Jonhston & Mash, 1989; Pittman & Lloyd, 1988; Renk et al, 2003; Tiedje & Darling-Fisher, 1996), outros apresentam a mãe (Brage Hudson, Elek & Fleck, 2001; Elek et al, 2003; Menéndez et al, 1996; Reece & Harkless, 1998; Rogers & White, 1998). O mesmo acontece em relação ao género da criança, este factor é apontado por alguns autores como tendo influência no nível de satisfação parental (Goetting, 1986). Contudo, os seus resultados relativamente ao género do filho são controversos, não havendo consenso entre os estudos na relação entre este ponto e o nível de satisfação parental (Boernstein et al, 2003; Goetting, 1986). Em trabalhos de investigação mais recentes, os pais de rapazes apresentam níveis de satisfação parental mais elevados, do que os pais de raparigas, além disso participam mais nos cuidados com o bebé (Brage Hudson et al, 2001; Elek et al, 2003; Henry & Peterson, 1995; Knauth, 2001). Os autores referem que este facto pode estar associado com uma maior identificação entre o progenitor e a criança, assim como a existência de interesses comuns.

A relação satisfação parental e número de filhos não é consensual e atendendo ao facto de que nos últimos anos tem havido um decréscimo no número de filhos por casal, os estudos mais recentes comparam primíparas com múltíparas, mas com número menor de filhos do que os estudos dos anos 80. Estes comparam casais em que o número de filhos varia entre 1- 4 e os resultados são contraditórios (Goetting, 1986). Rogers e White (1998) no seu estudo

referem que maior número de crianças em casa está associado com níveis mais baixos de satisfação parental. Também Vicary e Corneal (2001), quando comparam grupos de mães de diversas idades, concluem que as mães multíparas apresentaram valores de satisfação mais baixos.

O período de adaptação dos casais e a fase de transição para a parentalidade está dependente de diferentes factores, muitas vezes os estudos não são consensuais na sua relação. Isto traz implicações para a prática clínica, pois torna-se primordial o desenvolvimento de mais estudos e de programas de intervenção precoce nas famílias, a nível do último trimestre da gravidez, prolongando-se pelos primeiros meses do pós-parto de forma a conhecer melhor o impacto que um recém-nascido tem na vida do casal.

### **Ansiedade Materna de Separação**

As mudanças que têm ocorrido nos últimos vinte anos na nossa sociedade fizeram com que o número de mulheres que investem numa carreira fora de casa tenha vindo a aumentar, representando em 2007 uma taxa de actividade de 68,8% com uma média de horas de trabalho semanal de 34 horas (INE, 2007). A construção de uma carreira profissional tem contribuído para a diminuição da taxa de natalidade, tendo como resultado o adiamento do nascimento dos filhos. O nascimento de um primeiro filho é uma fase marcante na vida de qualquer ser humano, conotado como um período de stress e de crise. Nas mães que trabalham existe a possibilidade de dualidade de sentimentos entre o papel tradicional da mulher que desempenha as tarefas domésticas e de cuidar dos filhos e a sua outra vertente que investiu numa carreira profissional, competitiva e exigente, resultando muitas vezes em situações de conflito entre as obrigações domésticas e as laborais (Erdwins et al, 2001; Morgan & Hock, 1984).

As leis de apoio à maternidade têm vindo a ser alteradas ao longo dos últimos anos, como medida de apoio à família, resultando no aumento do tempo conjunto entre mãe/pai e o bebé. Este facto permite o adiamento do momento de regresso das mães à actividade laboral, contudo o facto de estas se terem de separar dos seus bebés é uma fonte de stress e de ansiedade. Muitas mulheres vivenciam este momento com sentimentos de culpa, ansiedade e preocupação quando chega o dia de voltarem à sua actividade profissional (Hock et al, 1989).

O conflito e o sentimento de culpa é maior em mães que não têm o poder de escolha entre ficar em casa com os filhos ou ir trabalhar, levando a que muitas vezes tenham

comportamentos desajustados com os filhos, exagerando nos afectos e na atenção, podendo resultar em comportamentos evitantes por parte das crianças (Lerner & Galambos, 1985).

Muito embora os estudos iniciais tenham centrado os seus objectivos nos efeitos da ansiedade de separação na criança, nomeadamente a nível do desenvolvimento cognitivo e socio-emocional, sabe-se hoje que os efeitos da ansiedade de separação das suas mães podem ter implicações a nível da qualidade das relações de vinculação (Hock et al, 1989; Hoffman, 1989).

Para Bowlby (1969/1982) os laços sociais que se criam na díade mãe-bebé resultam da interacção de dois sistemas, o da vinculação e o de prestação de cuidados. O sistema de vinculação está organizado para que a criança mantenha proximidade com o cuidador, facilitando-lhe a exploração do meio. O sistema de cuidador deve dar conforto quando este se sente em perigo, proporcionando segurança e protecção. O cuidador assume o papel de base segura, a partir do qual a criança explora o mundo, as respostas desta devem ser adequadas, pois dessa forma é possível a construção de relações seguras (Cassidy, 2000). Este sistema não é estático, é dinâmico e regula-se mutuamente. Quando a mãe é obrigada a separar-se do seu bebé, este facto interfere com a capacidade da mãe de proteger, confortar ou dar segurança ao filho resultando em ansiedade (Bowlby 1969/1982).

O termo ansiedade materna de separação surge dos estudos realizados por Hock e a sua equipa e é definido como um estado emocional desagradável que surge quando a mãe é separada por curtos períodos de tempo da sua criança, expressando-se por preocupação, culpa ou tristeza e relacionada com a situação de separação vivida. (Hock et al, 1989). Este não é estático, mas pode mudar à medida que a criança cresce e a mulher desenvolve o seu papel maternal (DeMeiss, Hock, & McBride, 1986).

A ansiedade de separação materna nos primeiros seis meses de vida do bebé é normal e desejável (Benedek, 1970), contudo quando estas tomam proporções exageradas pode ser sinal de situações de perturbação mental e mau funcionamento da díade mãe-criança, com implicações no desenvolvimento da criança e nos comportamentos parentais (Hock & Schirtzinger, 1992; Lutz & Hock, 1994). Pelo contrário, segundo Benedek, a ausência de ansiedade de separação por parte da mãe reflecte-se em abandono da criança e não permite que a mãe se vincule (Lutz & Hock, 1994).

Bowlby defende que a função dos pais é de proteger os filhos contra as ameaças físicas, assim como os progenitores devem ser uma base segura para as crianças explorarem o

mundo interno (Bretherton, 1997). A criança em desenvolvimento utiliza as figuras de vinculação, como uma base segura para ter segurança psicológica, assim como para conhecer a opinião dos outros sobre o mundo, comparando com as suas percepções. As relações pais-bebé são fundamentais para a organização dos modelos internos de vinculação (Grossman, 1999). Estes são modelos mentais, que são construídos a partir das relações que a criança estabelece com a figura de vinculação. Caracterizam-se por serem dinâmicos, incluem comportamentos afectivos e cognitivos, que orientam o comportamento dos indivíduos nas suas relações inter-pessoais (Veríssimo, Monteiro, Vaughn, & Santos, 2005).

O apoio e a disponibilidade que a criança recebe por parte dos pais serão fundamentais na construção de um modelo interno de confiança e de auto-estima, que será importante para as relações que estabelece com os outros. Favorece a construção de uma imagem positiva de si e do outro, em que as relações são gratificantes. Esta criança tende a apresentar formas de interacção satisfatória, reforçando a sua ideia de que a relação com o outro é positiva. Quando confrontada com uma situação conflituosa, estas são geridas de forma pacífica, pois estamos perante uma pessoa confiante e segura em si mesma. Pelo contrário, para aqueles pais cuja resposta é inadequada ou não têm disponibilidade, a criança desenvolve um modelo caracterizado por ansiedade e ira, com uma imagem de si insegura e de desconfiança em relação ao outro. Constrói a ideia de que a relação com o outro é de frustração. Têm dificuldade em estabelecer relações satisfatórias e a imagem de si mesma é negativa (Grossman, 1999; Guedeney & Guedeney, 2004).

A relação mãe-criança desenvolve-se ao longo do tempo, dependente da interacção entre os factores biológicos e do meio (Bolwby 1969/1982). O modelo de Belsky (1984) complementa esta ideia, destacando três importantes factores que estão na base da diferenciação do comportamento parental, são eles: as características dos pais, o comportamento da criança e as condições sócio-contextuais. Estes factores influenciam a forma como as primíparas vivenciam a ansiedade da separação materna (Hsu, 2004).

Os estudos mostram que a ansiedade da separação materna se encontra relacionada com algumas das características das mães. O estudo de Blunk e Williams (1999) em que compararam dois grupos de mães com idades diferentes (adolescentes e adultas) encontraram níveis de ansiedade mais altos nas mães de primeiro filho, mais novas e com habilitações literárias mais baixas. Também Hock, Gnezda e McBride (1984) apresentam as mães com habilitações literárias mais baixas como as que apresentam maiores níveis de ansiedade, menores níveis de auto-estima, classificam os filhos como tendo temperamentos difíceis e

gostariam de ficar em casa a cuidar do bebé. As mães empregadas apresentam menores níveis de ansiedade de separação ao longo do tempo (McBride & Belsky, 1988; Veríssimo, Monteiro, Santos, & Oliveira, 2008). Assim como os níveis de ansiedade diminuem mais cedo nas mães que optam por trabalhar, do que nas mães que optam por ficar em casa com os filhos (DeMeiss, Hock, & McBride, 1986). As que preferiam investir na carreira, mas ficaram em casa desempenhando um papel tradicional, apresentaram maior sintomatologia depressiva e maiores níveis de ansiedade (Hock & DeMeiss, 1990). Mães empregadas com maiores níveis de ansiedade de separação tendem a ser mais intrusivas com os seus filhos do que as mães que trabalham mas apresentam níveis de ansiedade mais baixos, tendo efeitos no processo de vinculação e na sua interacção com o filho (Stifter, Coulehan, & Fish, 1993). Níveis mais altos de ansiedade de separação materna estão associados com outras características das mães, tais como ansiedade (mães que são mais ansiosas apresentam valores mais altos de ansiedade da separação materna), auto-estima (valores baixos estão relacionados com valores mais altos de ansiedade de separação), representação mais negativa do *self* (está relacionada com mães com maiores níveis de ansiedade de separação), segurança (mães mais inseguras apresentam valores mais altos de ansiedade de separação ao final do primeiro ano do que mães mais seguras), depressão (mães mais deprimidas também se apresentam mais ansiosas com a separação), maior dependência e mães mais críticas apresentam-se mais ansiosas com a separação (Hock et al, 1989; Hock & Schirtzinger, 1992; Stifter et al, 1993; Hock & Lutz, 1998; McBride & Belsky, 1988; Scher et al, 1998). O período antecedente ao nascimento do bebé, a gravidez e o nível de ansiedade sentido pelas mães também parece influenciar o nível de ansiedade da separação. Mães com níveis mais baixos de ansiedade na gravidez, melhor apoio social (marido e rede social) e bebés menos temperamentais adaptam-se melhor à separação do bebé quando regressam ao trabalho (Hsu, 2004).

As características do bebé, género, idade, temperamento, adaptação e reactividade também influenciam o nível de ansiedade de separação materna. Relativamente ao género, mães de rapazes apresentam níveis mais altos de ansiedade do que as mães de raparigas, segundo McBride e Belsky (1988) devido à maior vulnerabilidade em relação aos cuidados de outra pessoa que não a mãe. Em relação à idade, a ansiedade de separação é maior nos primeiros meses de vida do bebé. As suas características tais como, temperamento, reactividade e adaptabilidade influenciam o nível de ansiedade de separação, este é mais alto em mães de bebés mais irritados, menos reactivos e menos adaptados (Hsu & Sung, 2008; McBride & Belsky, 1988).

Os estudos mostraram que existe uma relação entre a vinculação e a ansiedade de separação materna, em relações de vinculação segura encontramos valores médios de ansiedade materna, havendo um equilíbrio entre os comportamentos de aproximação e afastamento na díade mãe-bebé. Mães com relações de evitamento têm valores baixos de ansiedade de separação e mães com relações de vinculação insegura têm valores altos de ansiedade de separação, reflectindo a grande dificuldade da mãe confiar os cuidados do seu filho a outra pessoa (Lutz & Hock, 1988).

Pelo que vimos, a ansiedade de separação materna é um constructo multidimensional determinado pelas características da mãe, da criança e da situação laboral e a sua variabilidade tem consequências no desenvolvimento da vinculação entre mãe-bebé (McBride & Belsky, 1988).

### **Temperamento do Bebé**

O nascimento de um bebé é um marco importante na vida de qualquer ser humano, este dia marcará para sempre estes pais e este bebé. Independentemente de ser fruto de uma gravidez planeada ou ser um filho desejado, a partir deste momento ir-se-á desenrolar todo o processo de desenvolvimento deste novo ser e desta relação entre mãe-pai-bebé. Diversos autores defendem que o investimento afectivo é fundamental para a qualidade de cuidados que se prestam, assim como a interacção que se estabelece para o desenvolvimento e bem-estar da criança (Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco, & Pais, 2005; Lipsitt, 1995).

O desenvolvimento de uma criança e a percepção das suas competências é algo que tem mudado ao longo dos tempos. No séc. XIX pensava-se que o mundo se apresentava ao recém-nascido de uma forma confusa e desconhecida, e até aos anos 60, a criança enquanto ser capaz de se relacionar com os outros, despertou pouco interesse perante a comunidade científica (Cole & Cole, 2001; Trevarthen, 2002). Trevarthen (1979) defende que os seres humanos vêm equipados desde o nascimento com mecanismos próprios e são sensíveis às pessoas permitindo que, desde os primeiros meses, estes criem uma ligação com os principais cuidadores, em particular com a mãe. A partir dos anos 90, os estudos vêm comprovar e reconhecer competências ao bebé que lhe permitem interagir com os outros (Cole & Cole, 2001). Segundo Stern (1992), o bebé nasce com uma preparação social imatura, mas capaz de ter um papel activo nas primeiras relações sociais que estabelece. Para que se dê o processo de desenvolvimento deste sistema social é fundamental a interacção com o meio (Cole & Cole, 2001). Segundo Winnicott (2002), quando descrevemos um bebé, ele não existe sozinho,

necessitando para isso da presença de um pai ou de uma mãe. O bebé existe através do significado que a mãe dá dos seus actos (Figueiredo, 2003). Desde muito cedo mãe e bebé estão sintonizados para se relacionarem e conhecerem, no entanto ao longo do tempo esta relação vai-se aprofundando e enriquecendo. O comportamento do bebé é assim compreendido na relação com os progenitores.

Para Bolwby (1982), o mais importante na relação mãe-bebé não é a presença ou intensidade da relação, mas sim a qualidade dessa relação. Segundo o autor, estas primeiras relações, sendo seguras ou inseguras, irão servir de modelo para as futuras relações, promovendo expectativas e assumpção sobre si e os outros que podem influenciar a competência social e o desenvolvimento emocional ao longo da vida (Veríssimo, Blicharski, Strayer, & Santos, 1995). Esta díade, figura de vinculação-bebé, é dinâmica e regula-se mutuamente a partir das relações que a criança estabelece com a figura de vinculação. Nesta interacção incluem-se comportamentos afectivos e cognitivos, que orientam o comportamento dos indivíduos nas suas relações inter-pessoais (Veríssimo, Monteiro, Vaughn, Santos, & Waters, 2005).

As características individuais do bebé podem contribuir para as diferenças da qualidade da vinculação durante o primeiro ano de vida, entre elas destaca-se o temperamento, este parece influenciar a interacção entre a mãe e o bebé (Belsky, 1984; Deutsch et al, 1988; Francis-Connolly, 2000; Pizur-Barnekow, 2006; Pridham et al, 1994; Seifer, & Schiller, 1995). A forma como a criança interage com o mundo é diferente de pessoa para pessoa, resultando do facto das características individuais também não serem iguais entre seres humanos. Este facto leva a que duas crianças não respondam da mesma forma perante um desafio que lhes seja colocado. Muitos dos estudos desenvolvidos na área do temperamento têm mostrado que existe desde muito cedo uma interacção entre as adaptações sociais e o ambiente (Cole & Cole, 2001).

O temperamento do bebé é um tema que é abordado por diferentes autores havendo por isso diversas correntes divergentes entre si, podemos destacar alguns nomes que são referência neste tema, tais como Thomas e Chess (pioneiros nos estudos sobre esta temática), Goldsmith e Campos, Buss e Plomin, Rothbart e Derryberry ou Bates (Goldsmith et al, 1987; Rothbart & Bates, 2006; Vaughn & Bost, 1999).

Vaughn e Bost (1999) agruparam as diferentes perspectivas em quatro categorias, a Teoria do Estilo Comportamental (onde se inserem os trabalhos de Thomas & Chess), a Teoria

da Personalidade Emergente (com os estudos de Buss & Plomin), a Teoria da Regulação Emocional/Fisiológica (onde se destacam Rothbart & Derryberry ou Goldsmith & Campos) e por fim a Teoria da Construção Social (com os trabalhos de Bates).

Embora existam diversas teorias, parece haver algum consenso relativamente ao constructo de que temperamento se refere a um conjunto de comportamentos individuais, com origem biológica que se manifestam desde uma idade precoce e se mantêm relativamente estáveis ao longo do tempo (Seifer & Schiller, 1995; Vaughn & Bost, 1999; Cole & Cole, 2001). Em relação às dimensões temperamentais não existe total consenso entre autores, destacando o nível de actividade e a emocionalidade (negativa, e.g. o medo e a fúria), dificuldade (e.g. intensa, relacionada com humor negativo), auto-regulação (e.g. capacidade em manter-se calmo), reactividade (e.g. intensidade do estímulo para desencadear resposta), sociabilidade-emoções positivas (e.g. prazer nas interacções sociais), como aquelas em que a maioria dos autores está de acordo (Goldsmith et al, 1987; Wachs, 1999).

Os estudos nesta área destacam os factores genéticos e ambientais como determinantes do temperamento, assim como este pode ser preditor de problemas de desenvolvimento e integração da criança que levam a comportamentos de risco (Field, 2007).

Thomas e Chess, pioneiros nos estudos nesta área, iniciaram a sua investigação no final dos anos 50, destacando-se o Estudo Longitudinal de Nova Iorque, que permitiu identificar nove dimensões do temperamento, tais como nível de actividade motora (como e quando é que a criança se desloca), ritmo ou regularidade (o grau de regularidade ou predictabilidade das funções biológicas básicas, tais como a fome e o sono), aproximação – afastamento (natureza da resposta a novas situações, por exemplo um novo brinquedo, pessoa ou comida), adaptabilidade (facilidade com que a criança modifica uma situação nova ou alterada na direcção pretendida), limiar de resposta (intensidade do estímulo para promover uma resposta), intensidade de reacção (energia da resposta), qualidade do humor (simpática, triste, etc), distractibilidade (interferência de um estímulo pequeno no comportamento da criança) e tempo de atenção e persistência (tempo despendido a realizar uma tarefa) (Cole & Cole, 2001; Goldsmith et al, 1987; Muris & Ollendick, 2005; Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Contudo, como se disse anteriormente, existem várias perspectivas em relação ao temperamento, Buss e Plomin defendem o temperamento como personalidade emergente, estes definem-no como um conjunto de traços hereditários de personalidade que aparecem numa fase precoce, donde destacam a emocionalidade (negativa), actividade, sociabilidade e timidez.

Estas características podem-se alterar devido ao efeito de novas situações e das forças ambientais (Goldsmith et al, 1987; Stevenson-Hinde, 2006; Vaughn & Bost, 1999).

Para Goldsmith e Campos, o temperamento está relacionado com as emoções e por isso a sua definição salienta este aspecto, estes autores definem-no como as diferenças individuais na forma de exprimir as emoções primárias (Goldsmith et al, 1987). Rothbart e Derryberry embora também estejam inseridos nos autores que defendem o temperamento como uma forma de regulação emocional/fisiológica definem-no como diferenças individuais de base constitucional na reactividade e auto-regulação, observáveis nos domínios da actividade motora, emocionalidade e atenção, que se vão desenvolvendo ao longo do tempo por influência da hereditariedade, da maturação e da experiência (Goldsmith et al, 1987; Rothbart, 1986; Rothbart, 2004). Reactividade para os autores é compreendida como a resposta individual dada quando se é sujeito a novos estímulos. Esta é dada a vários níveis, endócrino, sistema nervoso central e autónomo, comportamental, por meio de diferentes parâmetros tais como latência, o tempo de aumento e recuperação e a intensidade. Auto-regulação consiste em processos que envolvem atenção, aproximação, afastamento e inibição (Goldsmith et al, 1987; Rothbart, 1986). Ao longo do desenvolvimento da criança vai havendo uma maturação e regulação dos sistemas, com o aparecimento da inibição ao medo e controle da atenção (Rothbart, 1986; Rothbart, 2004).

Bates defende a relação entre o temperamento e o desenvolvimento social, segundo ele as disposições temperamentais estão em mudança com o ambiente social (Bates & Pettit, 2007). Segundo este autor, temperamento pode ser definido como as diferenças comportamentais individuais, com bases biológicas, que estão presentes desde muito cedo na vida da criança e se mantêm relativamente estáveis ao longo do tempo, em diferentes situações (Bates, 1989). Este considera as seguintes dimensões: emocionalidade positiva (inclui actividade motora e extroversão), emocionalidade negativa, inibição comportamental, regulação da atenção, emoções e tarefas e adaptabilidade (Bates & Pettit, 2007).

O temperamento descreve tendências ou disposições e exprime-se segundo determinadas condições, por e.g. uma criança medrosa não está continuamente inibida ou angustiada. Apenas perante ambientes novos ou novos estímulos é que estes podem levar ao aparecimento de reacções de medo. Segundo os autores, parece haver uma relação entre a sensibilidade temperamental e a susceptibilidade para as emoções negativas (Rothbart & Bates, 2006).

Os estudos desenvolvidos por Thomas e Chess e a definição das diferentes características do temperamento permitiram classificar as crianças em três tipos de comportamento: temperamento fácil, temperamento difícil e temperamento intermédio e lento (Cole & Cole, 2001; Goldsmith et al, 1987; Papalia et al., 2001). Estas diferenças influenciam a relação com a mãe (Goldsmith et al, 1987).

Um bebé com temperamento fácil caracteriza-se por ser de fácil adaptação a novos estímulos, por haver regularidade nas suas funções biológicas, com boa adaptabilidade à mudança, com respostas de aproximação e de baixa intensidade a novos estímulos e com humor positivo, os bebés com temperamento difícil têm dificuldade em se adaptar à mudança (Thomas & Chess, 1982; Rieser-Danner, Roggman, & Langlois, 1987).

Um bebé fácil induz nos pais um sentimento de confiança e controle, enquanto um bebé difícil leva ao aparecimento de sentimentos de desespero, de sobrecarga e representam um fardo para os pais, provocando uma alteração na dinâmica familiar (Hakulinen, Laippala, & Paunonen, 1998). O temperamento difícil do bebé leva a que as mães tenham maior dificuldade de deixarem os seus filhos entregues aos cuidados de terceiros e sintam maior necessidade de os confortar através do colo (Hsu, 2004; Lowinger, 1999). As mães destes bebés apresentam níveis mais baixos de auto-confiança, associado com maiores índices de depressão e ansiedade e desenvolvem estratégias de coping menos eficazes (Fleming et al, 1990; Hyde et al, 2004; Pizur-Barnekow, 2006; Porter & Hsu, 2003; Pridham & Chang, 1992). No entanto o suporte social que estas mães recebem parece ser um factor muito importante na diminuição do impacto que uma criança com temperamento difícil tem na relação mãe-bebé, a nível da auto-confiança, depressão, vinculação e na sensibilidade (Bradley & Corwyn, 2008; Crockenberg & McCluskey, 1986; Cutrona & Troutman, 1986; Egeland & Farber, 1984). A percepção que as mães têm do temperamento do bebé pode ser feita através de vários factores, já identificados anteriormente, tais como as rotinas do sono e irritabilidade do bebé (Fleming et al, 1990; Pridham et al, 1994), níveis de competência maternal e depressão (Hyde et al, 2004), eficácia maternal nos primeiros três meses (Porter & Hsu, 2003), sucesso da amamentação e facilidade em acalmar o bebé (Pridham et al, 1994) e experiência com bebés (Pizur-Barnekow, 2006).

Foram desenvolvidos pelos autores das diversas correntes, diferentes instrumentos para avaliar o temperamento, no entanto iremos falar em particular do Questionário de Características da Criança (Infant Characteristics Questionnaire - ICQ), visto este ser o instrumento utilizado no presente estudo. Bates, Freeland e Lounsbury (1979) desenvolvem o

ICQ para avaliar o temperamento através dos comportamentos observáveis no bebé, dando especial ênfase ao temperamento difícil. Esta característica parece estar relacionada com o desenvolvimento de comportamentos de risco levando a situações de difícil integração (Vaughn & Bost, 1999).

O temperamento pode ser avaliado de duas formas: observação objectiva (observações laboratoriais ou naturalísticas) ou subjectiva (através de entrevista, preenchimento de questionários, etc). Esta última em que a recolha da informação é feita, por exemplo, junto dos pais, o que obtemos é a descrição que estes fazem do temperamento dos seus filhos (Henderson & Wachs, 2007; Rothbart & Bates, 2006; Seifer & Schiller, 1995). Muitos autores criticam esta forma de recolher informação porque defendem que, ao serem apenas os pais a responder, não estão a avaliar as características da criança, mas sim as características emocionais dos pais, podendo levar a resultados enviesados (Henderson & Wachs, 2007). Este facto pode ser constatado no estudo de Seifer, Sameroff, Dickstein, Schiller e Hayden (2003) que teve como objectivo comparar os resultados do temperamento, entre os pais e outros observadores, os resultados encontrados foram discrepantes entre ambos. Kagan e Fox (2006) defendem que os questionários de preenchimento por parte dos pais não devem ser abandonados, mas para uma avaliação menos enviesada devem ser associados com outros métodos, como o recurso a filmes. Rothbart & Bates (2006) também reconhecem que pode haver enviesamento na informação por isso se poder conjugar mais do que uma forma de avaliação. Contudo, defendem que não há ninguém melhor que os pais para fazer esta avaliação, visto estes conseguirem recolher a informação ao longo do dia e em múltiplas situações.

Bates pressupõe que existem diferenças na avaliação do temperamento e estas vêm relacionadas em vários estudos, estando elas relacionadas com diversos factores, como as características próprias do bebé e a percepção dos pais (em particular da mãe, uma vez que é esta que normalmente é estudada) em lidar com a criança (Bates & Bayles, 1984). A avaliação do temperamento que é feita pelos pais conjuga as características objectivas da criança (estilo comportamental), subjectivas dos pais (inserir-se características dos pais como a personalidade - introvertida/extrovertida e estadio psicológico), expectativas dos pais e erro inerente a todas as medições (Hwang & Rothbart, 2003; Rothbart & Hwang, 2002). Ao introduzir o parâmetro da percepção pessoal, Bates consegue explicar as diferenças encontradas entre pessoas, por exemplo mãe e pai.

Diversos estudos, citados por Rothbart e Bates (2006), vêm relacionar os níveis de cortisol e da actividade vagal com o temperamento, havendo uma relação entre o nível de base de carácter genético, experiência e os resultados comportamentais. Crianças com relações mais difíceis com os cuidadores tinham níveis mais altos de cortisol, assim como apresentavam valores mais altos de emocionalidade negativa e mais baixos em auto-regulação. Mostrando uma ligação entre as hormonas de stress e o temperamento. Relativamente aos níveis da actividade vagal parece haver uma relação entre estes e a irritabilidade e reactividade da criança, inicialmente nas crianças mais pequenas existe uma relação directa, mais tarde níveis vagais mais altos estão relacionados com expressões mais positivas. Assim como a activação do eixo Hipotálamo-Pituitária-Glândula supra-renal parece estar relacionado com a emocionalidade negativa alta e auto-regulação baixa (Rothbart & Bates, 2006; Vaughn, Bost, & Van Ijzendoorn, 2008).

Para Wachs (1999), o temperamento, além da componente genética, está relacionado com factores ambientais como a sensibilidade parental, o envolvimento e a resposta dada por parte dos pais (Kivijardi, Raiha, Kaljonen, Tamminen, & Piha, 2005). A emocionalidade positiva normalmente está relacionada de forma positiva com a relação com os pares e com a competência (Eisenberg, Vaughn, & Hofer, 2009). A forma como os pais conseguem identificar as necessidades da criança e responder adequadamente permite regular a relação mãe-bebé, comportamento e humor do bebé (Kivijardi et al, 2005).

Relativamente a diferenças entre géneros, os estudos não são muito conclusivos, Kivijardi et al (2005) não encontraram diferenças significativas, contudo referem estudos anteriores em que as raparigas eram mais passivas e dependentes, choravam mais e com menos interacção social do que os rapazes. O estudo de Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns e Peetsma (2008) encontrou diferenças entre géneros, em relação ao nível de emocionalidade negativa e a sensibilidade das mães. As mães que classificavam os seus filhos como tendo níveis de emocionalidade negativa mais altos apresentavam maior sensibilidade para essas crianças, mostravam maior respeito pela autonomia da criança e sabiam adequar melhor as suas respostas às dificuldades dos filhos, em comparação com as mães que interpretavam os seus filhos com valores de emocionalidade negativa baixos.

O temperamento é uma característica com carácter relacional influenciada pelo comportamento de ambos os protagonistas, mãe e bebé, pelo ambiente social e parece haver alguma relação com o ambiente físico. Este interfere com o tipo de relação que se estabelece na díade, podendo levar a associação com a vinculação (Vaughn et al, 2008).

É importante continuar a desenvolver estudos em que se perceba a relação entre os cuidadores e o temperamento da criança porque os resultados são contraditórios. Não existe consenso nos resultados relativamente à idade, uns dizem que os pais reagem de forma mais negativa com crianças pequenas com níveis mais altos de emocionalidade negativa, outros contrariam esta ideia. Também parece haver alguma relação negativa entre temperamento difícil e pais com níveis baixos de suporte e empatia, deprimidos ou com um estadió sócio-económico mais baixo. Assim como, entre um estilo parental mais hostil e emocionalidade negativa (Bates & Pettit, 2007).

A controvérsia dos resultados dos estudos apontam para a necessidade de se continuar a perceber a relação que existe entre todos estes factores e o temperamento da criança, sendo por isso necessário continuar a estudar esta temática.

### **Objectivos**

Este estudo tem como objectivo avaliar as implicações da massagem do bebé na relação da díade mãe-bebé. Através da revisão da literatura apresentada anteriormente, podemos constatar que a aquisição de um novo papel na vida das mulheres, o da maternidade, nem sempre é uma tarefa fácil. Os Fisioterapeutas que se interessam por trabalhar com populações de grávidas e puérperas muitas vezes são confrontados com a questão da adequação dos cuidados às necessidades destas mulheres. Desenvolver programas, avaliá-los e melhorá-los deverá ser sempre uma preocupação de qualquer profissional. Sendo assim e sabendo que os programas de apoio do pós-parto, onde a massagem do bebé é uma das componentes que tem vindo a crescer no nosso país, pareceu-nos importante perceber qual o impacto e benefícios que esta poderá trazer às mães e aos bebés.

Com este trabalho pretendemos conhecer melhor a realidade portuguesa e saber como é que as famílias portuguesas se ajustam nesta nova fase do seu ciclo de vida, em particular, de que forma é que as mães vivenciam a maternidade, desde a gravidez até ao final do primeiro ano de vida da criança.

Os parâmetros a medir são: as atitudes relativas à maternidade, a experiência associada à maternidade, o grau de satisfação parental, explora ainda a relação entre a mãe e o seu filho face à separação temporária, de que forma é que esta é vivenciada, através do nível de ansiedade da separação materna e o temperamento do bebé.

Algumas questões se podem levantar:

Será que as atitudes relativas à maternidade são diferentes em mães que aprenderam a massagem do bebé das mães que não aprenderam?

Será que a avaliação que as mães fazem de si mesmas é diferente entre mães do grupo experimental e grupo de controlo?

Qual será a diferença do grau de satisfação parental entre mães do grupo experimental e mães do grupo de controlo?

Será que o nível de ansiedade face à separação temporária é diferente entre os dois grupos de mães?

Face ao temperamento do bebé, será que as mães os classificam de forma diferente pelo facto de estarem inseridos no grupo da massagem do bebé?

Ao longo deste trabalho tentaremos perceber qual o impacto que a massagem do bebé tem na vida dos dois, mãe e bebé, para tal iremos seguir os procedimentos estabelecidos e dar resposta às questões por nós colocadas.

**CAPÍTULO IV**

*METODOLOGIA*

## Participantes

A amostra é constituída no momento 1 por 194 díades mãe/ bebé, divididos em dois grupos, cada um composto por 97 díades. No Grupo 1 (experimental) as mães realizaram massagem aos bebés e no Grupo 2 as mães fizeram parte do grupo de controlo, não realizando nenhum procedimento. O momento 2 é constituído por 169 elementos (77 fazem parte do grupo 1 e 92 do grupo 2). No momento 3 temos 144 participantes (67 no grupo 1 e 77 no grupo 2). No momento 4 temos 124 díades (58 no grupo 1 e 66 no grupo 2). Ao longo dos quatro momentos do estudo houve uma perda de indivíduos entre 14-15%.

A idade média das mães é de 31.3 anos (SD=3.5) no grupo 1 e dos pais de 32.4 anos (SD=4.5). No grupo 2 a idade média das mães é de 31.7 anos (SD= 4.3) e dos pais 33.4 anos (SD=5.3). As habilitações literárias das mães e dos pais no grupo 1 variam entre 6-19 anos, para as mães M=15.4 (SD=3.1) e os pais M=14.3 (SD=3.4). No grupo 2 variam entre 6-23 anos, tanto para os pais como para as mães. As mães têm M=15.3 (SD=3.3) e os pais têm M=14.1 (SD=3.3). No grupo 1, 91.3% da amostra é casada ou vive em união de facto, 8.2% não planeou a gravidez, 91.3 % tem apenas um filho e 45.7 % dos bebés são do sexo feminino e 54.3% do sexo masculino. No grupo 2, 90.7% da amostra é casada ou vive em união de facto, 14.4% não planeou a gravidez, 76.3 % tem apenas um filho e 47.7 % dos bebés são do sexo feminino e 52.6% do sexo masculino. No grupo 1, os cuidados do bebé são divididos entre o pai e a mãe em 79.2%, enquanto no grupo 2 apenas em 60.8% e em relação à mãe assumir essa tarefa só para ela temos 2.6% no grupo 1 e 16.5% no grupo 2. Relativamente à avaliação dos padrões de sono do bebé por parte dos pais, as mães do grupo 1 classificam em 83.1% os seus bebés como tendo um sono regular e 16.9% como tendo um sono irregular, enquanto as mães do grupo 2 atribuem 94.8% à regularidade do sono dos seus bebés e 5.2% à irregularidade.

A amostra foi recrutada através das sessões de preparação para o nascimento e em consultórios de obstetrícia. Foi pedido o parecer à comissão de ética e todas as mães assinaram o termo de consentimento informado. Os participantes fazem parte de um projecto longitudinal que vai desde o final da gravidez até ao primeiro ano de vida dos bebés.

## Instrumentos

### Questionário Atitudes Relativas à Maternidade

O Questionário de Atitudes Relativas à Maternidade (Childbearing Attitudes Questionnaire; Ruble, Fitzmaurice, Stangor, & Deutsch, 1990) foi traduzido e validado por Bárcia e Veríssimo (2010a) (CAQ-P) – é constituído por 46 itens, as respostas são cotadas por uma escala tipo Likert que compreende sete possibilidades de resposta desde o discordo fortemente (1) ao concordo fortemente (7) (Anexo 1).

A escala original foi aplicada em diversos estudos com amostras de mulheres em diferentes fases da maternidade, desde o nono mês de gravidez até aos 16 meses de pós-parto. As mães eram todas casadas (ou em união de facto), pertencentes à classe média e maioritariamente caucasianas.

Os participantes, na versão portuguesa eram 241 mães com uma média de idades de 30.9 anos (DP=4.4). Os pais tinham uma média de idade de 32.9 anos (DP= 4.9). As habilitações literárias das mães eram em média de 14.7 anos (DP=3.6) e as dos pais eram em média de 14.2 anos (DP=3.4). Maioritariamente as mães estavam casadas ou em união de facto (84.2%). O género do bebé era conhecido por 77.6% das mães (36.2% raparigas e 41.5% rapazes).

Os valores descritivos de cada uma das sub-escalas encontram-se apresentados na tabela 1, assim como, os respectivos Alfas de *Cronbach*.

Tabela 1

Média, Desvio Padrão e Alfa nas oito dimensões do Questionário de Atitudes Relativas à Maternidade

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Alfa
Preocupações maternas (PM)	4.6	1.10	.59
Auto-confiança maternal (ACM)	5.5	0.92	.69
Relação matrimonial (RM)	5.5	0.99	.69
Relação com a mãe (RCM)	5.5	1.17	.67
Imagem corporal (IC)	4.9	1.25	.67
Imagem própria negativa (IPN)	2.3	1.07	.55
Interesse sexual (IS)	4.9	1.54	.65
Aspectos negativos do cuidar (ANC)	2.5	1.28	.60

Como se pode observar na tabela 1, os Alfas para as oito sub-escalas que fazem parte da escala apresentam valores entre .59 e .69 que indicam níveis aceitáveis de fiabilidade das sub-escalas e comparáveis ao do estudo inicial. Os Alfas originais variaram entre .64 e .78 (.67 PM; .73 ACM; .73 RM; .78 RCM; .74 IC; .65 IPN; .62 IS e .64 ANC) (Ruble et al, 1990).

Este instrumento procura avaliar as perspectivas das mulheres antes, durante e após a gravidez, a versão portuguesa é formada por 8 sub-escalas, são elas:

**Preocupações maternas** - Esta dimensão é constituída por 5 itens relacionados com as preocupações e ansiedade da mãe em ser capaz de cuidar do bebé, reconhecer as suas necessidades e com o estado de saúde do filho. Por exemplo “Estou preocupada porque não sei o que fazer quando o meu bebé chora”. Valores mais altos indicam uma mãe mais ansiosa e com maiores preocupações maternas.

**Auto-confiança maternal** - Esta dimensão é constituída por 4 itens relacionados com a confiança que a mãe apresenta nas suas capacidades para desempenhar bem o seu novo papel.

Por exemplo “Sinto-me completamente pronta para a maternidade”. Valores mais altos indicam uma mãe com maiores níveis de auto-confiança.

***Relação matrimonial*** - Esta dimensão é constituída por 6 itens que avaliam a relação matrimonial e envolvimento do pai nos cuidados com o bebé. Por exemplo “Na realidade, o meu marido não entende o quanto é difícil cuidar de um bebé”. Valores mais altos indicam um pai mais compreensivo com a maternidade e que divide tarefas com a mãe e esta confia no seu companheiro para cuidar do bebé.

***Relação com a mãe*** - Esta dimensão é constituída por 4 itens que avaliam a relação com a mãe e qual a sua influência nas atitudes face à maternidade. Por exemplo “A minha mãe tem sido uma grande fonte de apoio”. Valores mais altos são indicadores de que a mãe desempenha funções de suporte social para a puérpera.

***Imagem corporal*** - Esta dimensão é constituída por 4 itens que avaliam a noção de imagem corporal da mãe enquanto grávida. Por exemplo “Senti-me menos atractiva quando estava grávida”. Valores mais altos indicam uma mãe que se identificava mais com a situação de grávida e que a vivencia de uma forma mais positiva.

***Imagem própria negativa*** - Esta dimensão é constituída por 3 itens que avaliam a imagem da pessoa face aos outros. Por exemplo “Sinto-me inferior relativamente à maioria das pessoas que conheço”. Valores mais altos representam uma mãe que se valoriza menos enquanto pessoa.

***Interesse sexual*** - Esta dimensão é constituída por 2 itens que avaliam a importância das relações sexuais na maternidade. Por exemplo “Sinto-me menos interessada em sexo do que antes”. Valores mais baixos indicam mães em que houve menos alteração da sua vida sexual.

***Aspectos negativos do cuidar*** - Esta dimensão é constituída por 3 itens relacionados com alguns aspectos negativos do cuidar do bebé, nomeadamente na amamentação e a mudança que um filho faz em casa. Por exemplo “Sinto-me desconfortável ao ver mulheres amamentando os seus filhos”. Valores mais baixos identificam uma mãe mais adaptada à situação de cuidar de um bebé.

Dos 46 itens, 15 não são cotados. Por exemplo “A maternidade tem pouco efeito no modo como as outras pessoas pensam em mim.” ou “Nada pode realmente preparar para a maternidade.”

### **Escala de Satisfação Parental**

A Escala de Satisfação Parental (Parent Satisfaction Scale (PSS); Halverson & Duke, 1991) - é constituída por 30 itens, as respostas são cotadas por uma escala tipo Likert que compreende sete possibilidades de resposta desde o discordo sempre (1) ao concordo sempre (7). Foi aplicada num estudo longitudinal de dois anos, a mães e pais, com o objectivo de avaliar o grau de satisfação parental destes pais.

Na versão de adaptação e validação do instrumento realizada para a população portuguesa realizada por Bárcia e Veríssimo (2008), os participantes eram 209 mães com uma média de idades de 32.7 anos (DP=5.3). Os filhos tinham uma média de idade de 2.9 meses (DP= 0.9). As habilitações literárias das mães eram em média de 15.1 anos (DP=3.1). Todas as mães estavam casadas ou em união de facto. O Instrumento foi aplicado uma segunda vez com um intervalo de 2 meses a 95 mães (Anexo 2).

Este instrumento procura avaliar o nível de satisfação dos pais, nomeadamente, no que diz respeito a três dimensões:

***Prazer nos cuidados parentais*** – A dimensão Prazer nos cuidados parentais é constituída por 8 itens, avalia em particular as questões relacionadas com o facto de se ser Pai e do prazer que isso representa. Por exemplo “Ter filhos vale todos os sacrifícios”. Uma cotação alta implica maior satisfação dos pais com os cuidados parentais.

***Carga dos cuidados parentais*** – A dimensão Carga dos cuidados parentais é constituída por 10 itens, uns cotados de forma positiva e outras de forma negativa. Esta sub-escala tenta avaliar de que forma é que o nascimento dos filhos altera as rotinas dos pais e o impacto que isso tem nas suas vidas. Por exemplo “os filhos limitam a minha liberdade”.

***Importância dos cuidados parentais*** - A terceira dimensão Importância dos cuidados parentais é constituída por 9 itens, cotados de forma positiva, por isso quanto maior o resultado maior o grau de satisfação. Pretende avaliar a importância da paternidade na vida dos pais. Por exemplo “Ser pai/mãe é o melhor processo para atingir realização pessoal”. Os itens 8, 13 e 29 não são cotados mas contribuem para o resultado final de satisfação parental.

Os valores descritivos de cada uma das sub-escalas encontram-se apresentados na tabela 2, assim como, os respectivos Alfas de *Cronbach*.

Tabela 2

Média, Desvio Padrão e Alfa nas três dimensões da Escala de Satisfação Parental

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Alfa
Prazer nos cuidados (PC)	6.6	.54	.59
Carga dos cuidados parentais (CPP)	2.2	.73	.69
Importância dos cuidados parentais (ICP)	6.0	.75	.69

Como se pode observar na tabela 2, os Alfas para as três dimensões são superiores a .70, valores que indicam níveis aceitáveis de fiabilidade das sub-escalas e comparáveis ao do estudo inicial de que obteve .85 em Prazer nos cuidados parentais .80 em Carga dos cuidados parentais e .84 em Importância dos cuidados parentais.

A correlação entre os dois momentos avaliativos demonstra a estabilidade do instrumento ao longo do tempo ( $r = .74$ ,  $r = .75$ ,  $r = .73$ ,  $p < .01$ ), para prazer nos cuidados parentais, carga dos cuidados parentais e importância dos cuidados parentais, respectivamente, resultados semelhantes aos apresentados no estudo original (Touliatos, Pelmutter, & Holden, 2001).

### **Escala de Ansiedade de Separação Materna**

A Escala de Ansiedade de Separação Materna (EASM; Hock et al., 1989) é composta por 35 itens, tendo sido preenchida pelas mães, cuja resposta foi fornecida de acordo com uma escala Likert que compreende cinco possibilidades de resposta desde o discordo totalmente (1) ao concordo totalmente (5).

Na versão de adaptação e validação do instrumento realizada para a população portuguesa realizada por Veríssimo, Monteiro, Santos e Oliveira (2008), os participantes eram 330 mães com uma média de idades de 32.6 anos (DP=4.7). Os filhos tinham uma média de idade de 2.9 anos (DP= .9), sendo 170 do sexo feminino e 160 do sexo masculino. As habilitações literárias das mães são em média de 12 anos (DP=4.13). Todas as mães estão casadas ou em união de facto e trabalham fora de casa.

Os valores descritivos de cada uma das três dimensões são os seguintes: Ansiedade materna de separação (AMS)  $M = 3.3$  ( $DP=.65$ ) com um valor Alfa de *Cronbach* de .93, Percepção dos efeitos da separação na criança (PES)  $M = 2.9$  ( $DP= 1.0$ ) com um valor Alfa de *Cronbach* de .93 e Preocupações acerca da separação provocada pelo emprego (PSE)  $M = 3.1$  ( $DP= .94$ ) com um valor Alfa de *Cronbach* de .73.

Como se pode observar, os Alfas para as três dimensões são superiores a .70, valores que indicam níveis aceitáveis de fiabilidade das sub-escalas e comparáveis ao do estudo inicial de Hock et al (1989). Relativamente à amostra em estudo os valores obtidos de Alfa de *Cronbach* são valores aceitáveis pois também se encontram acima de .70. Passamos em seguida à sua descrição: Ansiedade materna de separação (AMS)  $M = 3.6$  ( $DP= .55$ ) com um valor Alfa de *Cronbach* de .92, Percepção dos efeitos da separação na criança (PES)  $M = 2.1$  ( $DP= .52$ ) com um valor Alfa de *Cronbach* de .71 e Preocupações acerca da separação provocada pelo emprego (PSE)  $M = 3.1$  ( $DP= .68$ ) com um valor Alfa de *Cronbach* de .71.

Este instrumento procura aceder aos sentimentos e atitudes maternas face à separação, nomeadamente, no que diz respeito a três dimensões:

***Ansiedade materna de separação*** – A dimensão ansiedade materna de separação é composta por 21 itens que reflectem aspectos da ansiedade materna e sentimentos de culpa inerentes ao ter de deixar a criança ou por antecipação. Valores baixos nesta sub-escala indicam um baixo grau de preocupação em passar algum tempo afastada do filho e vivencia pouca tristeza ou preocupação.

***Percepção dos efeitos da separação na criança*** – A dimensão percepção dos efeitos da separação na criança é composta por 7 itens que avaliam as atitudes e reacções das mães à separação e aos possíveis efeitos positivos da separação nas crianças. Valores baixos nesta sub-escala estão associados a mães que acreditam que as crianças ficam bem após a sua partida, se adaptam facilmente a novos ambientes quando elas não estão presentes e que socialmente lhes é benéfico estas separações.

***Preocupações acerca da separação provocada pelo emprego*** – A dimensão preocupações acerca da separação provocada pelo emprego é composta por 7 itens que avaliam as preocupações das mães sobre as separações mãe/criança provocadas pelo emprego, procura avaliar a relação entre a relação profissional e maternal. Valores elevados são indicadores de que as mães consideram essas separações stressantes.

### **Escala Como ser Mãe/Pai de um Bebê**

A Escala Como ser Mãe/Pai de um Bebê (What Being the Parent of a Baby is like (WBPB); Pridham, 1991) - é constituída por 25 itens, as respostas são cotadas por uma escala tipo Likert que compreende nove possibilidades de resposta desde o nada (1), muito (9). Foi aplicada em diversos estudos com populações maioritariamente casadas / união de facto, saudáveis e com bebés de termo.

Na versão de adaptação e validação do instrumento realizada para a população portuguesa realizada por Bárcia e Veríssimo (2010b), os participantes eram 168 mães com uma média de idades de 31.6 anos (DP=4.4), as habilitações literárias das mães eram em média de 14.9 anos (DP=3.3). A idade média dos pais era de 32.8 anos (DP=4.8) e as habilitações literárias eram em média de 14.1 anos (DP=3.3). Os filhos tinham uma média de idade 1.5 meses (DP=.59), sendo 46% do sexo feminino e 54% do sexo masculino. Relativamente ao estado civil maioritariamente as mães estão casadas ou vivem em união de facto.

Os valores descritivos de cada uma das sub-escalas encontram-se apresentados na tabela 4, assim como, os respectivos Alfas de *Cronbach*.

Este instrumento procura avaliar a experiência associada à parentalidade, apresenta 3 dimensões:

***Avaliação da parentalidade*** – Esta dimensão é constituída por 11 itens, relacionados com o novo bebé e com as tarefas inerentes aos seus cuidados, auto conhecimento deste novo ser por parte dos pais e o alcançar as expectativas parentais. Por exemplo “Em geral é fácil abstrair-se de pensar no bebé?”, “ Consegue identificar as necessidades do bebé?”. Uma cotação alta implica melhor avaliação do desempenho dos pais com os cuidados parentais.

***Centralidade da criança*** - Esta dimensão é constituída por 8 itens, que pretendem avaliar o quanto o bebé, os seus cuidados e a sua saúde ocupam a mente dos pais. Em particular quando os pais se ausentam de casa e têm que deixar o bebé com outra pessoa da família próxima. Por exemplo, “Pensa no bebé quando está em casa com ele/ela?”, “ Quando você sai e deixa o bebé com outra pessoa, durante o tempo em que está ausente, pensa no bebé?”. Os itens 4, 16 e 22 têm uma cotação inversa, todos os outros têm uma cotação directa.

***Modificação de vida ligada à parentalidade*** – Esta dimensão é constituída por 6 itens, relacionados com as modificações que ocorreram na vida dos pais com o nascimento do novo bebé, na sua auto-imagem, assim como as alterações na relação com os outros membros da

família e o lidar com as situações de stress. Por exemplo, “Quanto mudou a sua vida desde que teve o bebé?”, “Ter um bebé afecta o que você faz e quando o faz?”. Uma cotação mais alta implica maior modificação do estilo de vida dos pais.

Tabela 3

Média, Desvio Padrão e Alfa nas três dimensões da Escala Como ser Mãe/Pai de um Bebé

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Alfa
Avaliação Parentalidade (AP)	8.0	.91	.82
Centralidade da criança (CC)	6.9	.89	.70
Modificação de vida ligada à parentalidade (ICP)	6.2	1.37	.75

Como se pode observar na tabela 3, os Alfas para as três dimensões são iguais ou superiores a .70, valores que indicam níveis aceitáveis de fiabilidade das sub-escalas e comparáveis ao do estudo inicial que variou entre .87 (AP), .80 (CC) e .77 (MVP) (Touliatos, Pelmutter, & Holden, 2001).

Tabela 4

Correlação entre tempo 1, tempo 2 e tempo 3 da Escala Como ser Mãe/Pai de um Bebé

	AP 2	AP 3	CC 2	CC 3	MVP 2	MVP 3
Avaliação Parentalidade (AP)	.74**	.53**				
Centralidade da criança (CC)			.75**			
Modificação de vida ligada à parentalidade (MVP)					.65**	.58**

\*\*p< .01

A correlação entre os três momentos avaliativos demonstram a estabilidade do instrumento ao longo do tempo, estes valores são comparáveis com o estudo inicial.

## Escala do Temperamento

O instrumento utilizado, para avaliar a percepção que os pais têm do temperamento dos seus filhos, foi construído tendo por base o *Infant Characteristics Questionnaire (I.C.Q.)* de Bates, Freeland e Lounsbury (1979). Na sua versão original, o *I.C.Q.* é constituído por 24 itens, construídos com base nas dimensões do temperamento sugeridas por Thomas e Chess, em 1968. Cada item é avaliado numa escala tipo Likert, com valores de 1 a 7, onde (1) refere-se ao temperamento designado com “ótimo”, e o (7) descreve aquilo que seria um “temperamento difícil” (Bates, Freeland & Lounsbury, 1979).

O questionário revisto é constituído por 32 itens. À semelhança do que acontece no *I.Q.C.*, cada item é avaliado numa escala de 1 a 7, onde (1) se refere a “temperamento ótimo” e (7) a um a “temperamento difícil”. Os itens remetem para determinadas características da criança, no contexto da interacção ou naquelas que são as rotinas da criança.

Reflectem cinco dimensões do temperamento: *Difícil, Adaptação Negativa à Mudança, Irrequieta, Irregular, e Séria.*

**Difícil** - Esta dimensão contém 7 itens. Alguns destes itens remetem para o estado emocional da criança na interacção e naquelas que são as suas rotinas, e para a capacidade de resposta da mãe/pai. Por exemplo: “Como é fácil ou difícil para si acalmar ou tranquilizar o seu filho(a) quando ele(a) está aborrecido(a) ou faz birra?”, “De uma maneira geral o(a) seu(sua) filho(a) chora muito?”, contém ainda um item onde se pergunta aos pais, qual o grau de dificuldade que pensam que o seu filho apresentaria para a maioria dos pais.

**Adaptação Negativa à Mudança** – Nesta dimensão estão contidos 5 itens. Os itens remetem para aquelas que são as reacções da criança perante situações, pessoas, locais ou objectos novos. Por exemplo: “Como é que o(a) seu(sua) filho(a) reage, habitualmente, a estar num local novo?”, contém ainda um item onde se pergunta a reacção habitual da criança quando alguém brinca ou fala com ela.

**Irrequieta** – Esta dimensão contém 3 itens. Dois dos itens remetem para situações de concordância com a mãe/pai. Por exemplo: “O(a) seu (sua) filho(a) insiste em brincar com objectos, mesmo quando lhe dizem para não o fazer?”. Contém também um item que remete para a satisfação obtida no contacto físico com a mãe/pai, “O(a) seu (sua) filho(a) aninha-se e aconchega-se quando pegado ao colo?”.

***Irregular*** – Fazem parte desta dimensão 2 itens. Estes itens remetem para a regularidade da aceitação, por parte da criança, das rotinas diárias. Por exemplo: “Com que consistência o(a) seu (sua) filho(a) aceita a rotina das refeições?”

***Séria*** – esta dimensão é constituída por 2 itens. Um dos itens remete para o humor habitual da criança e o outro remete para as manifestações de alegria.

Após uma análise da consistência interna retivemos quatro dimensões: Difícil (. 83), Adaptação negativa à mudança (. 78), Irrequieta (. 69) e Séria (. 74). A dimensão Irrequieta é composta apenas por 2 itens. A dimensão Irregular não foi considerada para análises futuras devido ao valor de alfa ser muito baixo.

Os participantes eram 124 mães com uma média de idades de 31.6 anos (DP=3.6), as habilitações literárias das mães eram em média de 15.5 anos (DP=2.9). A idade média dos pais era de 32.8 anos (DP=4.3) e as habilitações literárias eram em média de 14.3 anos (DP=3.3). Os filhos tinham uma média de idade 12 meses, sendo 48% do sexo feminino e 52% do sexo masculino. Relativamente ao estado civil maioritariamente as mães estão casadas ou vivem em união de facto.

## **Procedimentos**

As mães foram contactadas e convidadas a participar no estudo durante as sessões de preparação para o nascimento ou nas consultas obstétricas no final da gravidez (após as 28 semanas de gestação). Às mulheres que concordaram participar no estudo era-lhes explicado como é que este se iria desenvolver, os momentos de recolha de dados e os questionários que teriam de preencher em cada momento. Era-lhes pedido que preenchessem o termo de consentimento informado (Anexo 3) e uma ficha de caracterização com os seus dados (Anexo 4), para posteriormente ser mais fácil o contacto.

Para a realização do estudo foram criados dois grupos, ambos realizaram preparação para o nascimento, mas nem todos continuaram a ser apoiados no pós-parto.

Os questionários foram passados numa sessão organizada pelos diferentes serviços onde as puérperas tinham realizado a preparação para o parto, entre a 5ª e a 8ª semana após o parto, para encontro e partilha de experiências entre as mães. Desse grupo apenas parte das mães continuava a assistir às sessões de pós-parto. Umas pelas instituições não terem esse tipo de apoio e outras não optaram por esse tipo de serviço. Desta forma foi possível organizar os dois grupos, experimental e o de controlo. As puérperas que faltavam a este encontro, eram

contactadas por telefone e posteriormente eram-lhes enviados os questionários via correio ou por e-mail.

O grupo experimental participou num programa de pós parto em que aprendia a realizar massagem ao bebé. O programa tinha uma frequência semanal e uma duração de 2 meses, de forma a apoiar as mães até estas voltarem à actividade laboral (3-4 meses). As sessões tinham início quando o bebé tinha entre 1-2 meses (Anexo 5).

Este é um estudo longitudinal dividido em quatro momentos, o 1º momento corresponde ao 3º trimestre da gravidez em que as mães eram contactadas para participar no estudo e onde preenchiam a ficha de caracterização e o questionário de atitudes na maternidade.

Posteriormente o 2º momento, após o nascimento do bebé, por volta dos 1-2 meses de idade, representa a fase inicial das sessões de massagem e pretende-se avaliar a forma como a mãe se relaciona com o seu bebé neste período precoce da relação, através dos questionários atitudes na maternidade, satisfação parental, ansiedade da separação materna e como ser mãe/pai de um bebé.

O 3º momento representa a fase do final das sessões de massagem e em que os bebés têm entre 3-4 meses de idade. A avaliação era feita através dos questionários atitudes na maternidade, satisfação parental, ansiedade da separação materna e como ser mãe/pai de um bebé. Nesta fase os bebés já têm capacidade de reconhecerem a figura materna e interagir muito com ela, por isso é importante perceber se existem diferenças entre o grupo experimental e de controlo e se a massagem potencia e fortalece esta interacção.

O 4º momento é a fase final deste estudo longitudinal e em que os bebés têm 1 ano de idade. Nesta fase os bebés já adquiriram muitas competências a nível motor, comportamental, relacional, etc, o que lhes permite interagir e comunicar com os outros e explorar de forma mais activa o meio que o rodeia. É importante perceber se existem diferenças entre o grupo experimental e de controlo e se a massagem foi uma importante ferramenta para potenciar e fortalecer a interacção na díade mãe-bebé. As mães preenchiam nesta etapa os questionários satisfação parental, ansiedade da separação materna, como ser mãe/pai de um bebé e temperamento do bebé.

Ambos os grupos foram contactados nas mesmas datas. O contacto era feito de diferentes formas, pessoalmente ou via telefone e os questionários eram entregues em mão, por correio com portes de reenvio pagos ou via e-mail.

Tabela 5

## Instrumentos e momentos de avaliação

Instrumentos	Momento de Avaliação			
	1	2	3	---
Questionário Atitudes Relativas à Maternidade	1	2	3	---
Escala Satisfação Parental	----	2	3	4
Escala Como ser Mãe/Pai de um Bebê	-----	2	3	4
Escala de Ansiedade de separação Materna	-----	2	3	4
Escala de temperamento	-----	----	----	4

**CAPÍTULO V***RESULTADOS*

### Questionário Atitudes Relativas à Maternidade (CAQ-P)

Em primeiro lugar realizamos uma ANOVA de medidas repetidas com dois factores. Não encontramos diferenças significativas ao longo do tempo, no entanto a análise indica diferenças em função do grupo de pertença. Desta forma, apresentamos os resultados para cada momento separadamente.

#### Momento 1

No momento 1 foram analisados os resultados através da ANOVA, como se pode ver na tabela 6, para verificar se havia diferenças nas diferentes dimensões da escala entre grupos.

Tabela 6

Média (desvio padrão entre parêntesis) grupo 1, grupo 2 e dimensões de CAQ-P no mom. 1

	Grupo 1	Grupo 2		
	Massagem	Controlo	F	Sig.
Preocupações maternas	4.5 (.98)	4.5 (1.2)	.03 (1,168)	.86
Auto-confiança maternal	5.4(.77)	5.4(1.1)	.005 (1,168)	.95
Relação matrimonial	5.5 (.94)	5.4 (1.1)	.43 (1,168)	.51
Relação com a mãe	5.4 (1.2)	5.6(1.2)	.96 (1,168)	.33
Imagem corporal	5.0(1.1)	4.8(1.3)	.88 (1,168)	.35
Imagem própria negativa	2.3(1.1)	2.2(.95)	.84 (1,168)	.36
Interesse sexual	5.0(1.3)	4.8(1.6)	.71 (1,168)	.40
Aspectos negativos do cuidar	2.5(1.1)	2.4(1.3)	.001(1,168)	.97

Como se pode ver na tabela 6, os dois grupos mostraram-se semelhantes na fase inicial do estudo, facto bastante importante para se perceber qual o impacto que a massagem no bebé tem ao longo do tempo na relação da díade mãe/bebé.

### *Preocupações maternas e género do bebé*

Procurou-se ver se havia diferença entre o género do bebé e as preocupações maternas, verificou-se com base na ANOVA, que neste grupo havia diferenças significativas quanto ao género, as mães apresentavam maiores preocupações maternas em relação às raparigas do que aos rapazes ( $F(1, 194) = 8.22, p < .05$ ).

Analisaram-se, as associações entre a idade da mãe e pai, as habilitações literárias das mães, o número de filhos e os valores nas oito dimensões da escala. Os resultados são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7

Relação entre a idade, habilitações literárias das mães, idade dos pais, número de filhos e as oito dimensões da CAQ-P

	PM	ACM	RM	RCM	IC	IPN	IS	ANC
Idade Mãe	<b>-.27**</b>	-.005	-.013	<b>-.24**</b>	.13	-.010	-.03	-.06
Hab. literárias mãe	-.10	<b>-.27**</b>	.12	.10	.03	<b>-.17*</b>	.10	.07
Idade Pai	<b>-.26**</b>	.12	<b>-.17*</b>	<b>-.29**</b>	.09	.02	-.11	-.07
Número de filhos	-.11	<b>.36**</b>	-.01	-.10	-.07	.07	-.12	-.10

\*\* $p < .01$       \*  $p < .05$

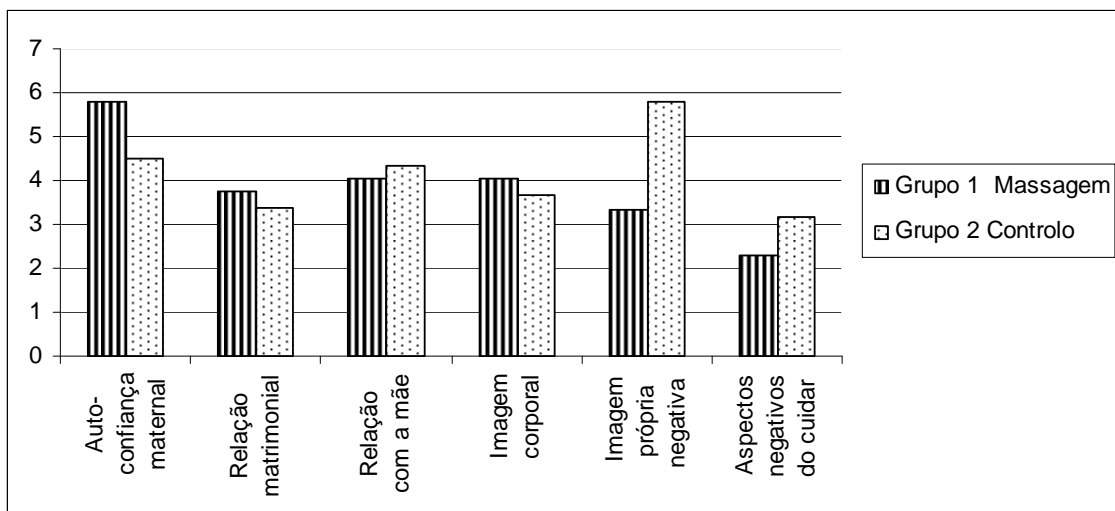
Como se pode observar na Tabela 7, a idade das mães, encontra-se significativa e negativamente correlacionadas com Preocupações maternas (PM) e Relação com a mãe (RCM). As habilitações literárias da mãe encontram-se significativa e negativamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM) e Imagem própria negativa (IPN). A idade do pai encontra-se significativa e negativamente correlacionados com Preocupações maternas (PM), Relação matrimonial (RM) e Relação com a mãe (RCM). O número de filhos encontra-se significativa e positivamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM).

## Momento 2

A análise realizada através da ANOVA mostrou que no momento 2 do estudo que corresponde à fase de 1-2 meses de vida do bebé e em que as mães iniciam o pós-parto mostrou diferenças significativas entre os dois grupos em seis dimensões. São elas: autoconfiança maternal, relação matrimonial, relação com a mãe, imagem corporal, Imagem própria negativa e Aspectos negativos do cuidar (Figura 1). Não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos nas sub-escalas Preocupações maternas ( $F(1, 167)= 1.97$   $p> .05$ ) e Interesse sexual ( $F(1,167)=2.85$   $p>.05$ ).

Figura 1

Médias grupo massagem (1), grupo controlo (2) e CAQ-P dimensões 1-2 meses



Como se pode ver através da análise da figura as mães que fazem parte do grupo da massagem apresentam maiores níveis de confiança na sua capacidade para desempenharem o papel de mãe, têm maior suporte dos seus maridos, identificaram-se mais com a gravidez, lidavam melhor com a amamentação e com as mudanças que a chegada de um bebé acarreta a nível familiar e apresentavam valores de imagem própria negativa mais baixos.

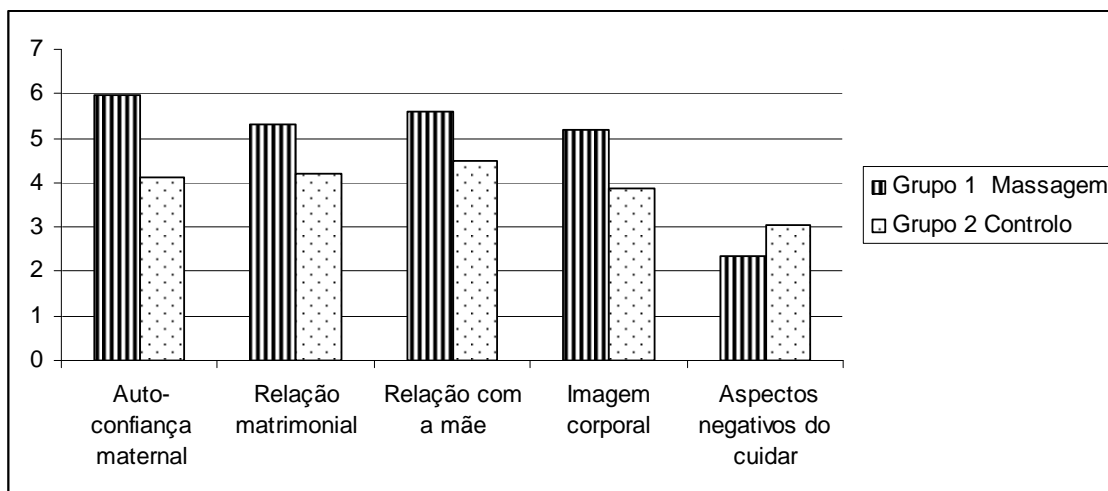
## Momento 3

A análise realizada através da ANOVA mostrou que no momento 3 do estudo que corresponde à fase de 3-4 meses de vida do bebé e em que as mães finalizam o pós-parto mostrou diferenças significativas entre os dois grupos em cinco dimensões. São elas: Autoconfiança maternal, relação matrimonial, relação com a mãe, imagem corporal, e Aspectos

negativos do cuidar (Figura 2). Não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões Preocupações maternas ( $F(1,142) = .002 p > .05$ ), Interesse sexual ( $F(1,142) = 2.33 p > .05$ ) e Imagem própria negativa ( $F(1,142) = 1.33 p > .05$ ).

Figura 2

Médias grupo massagem (1), grupo controlo (2) e CAQ-P dimensões 3-4 meses pós-parto



Como se pode ver através da análise da figura as mães que fazem parte do grupo da massagem continuam a apresentar maiores e melhores níveis de confiança na sua capacidade para desempenharem o papel de mãe, têm maior suporte dos seus maridos e nesta fase o suporte social não é só dado pelos companheiros, mas também recorrem ao apoio das suas mães, têm melhores valores em relação à sua imagem corporal e identificam como menos negativo as tarefas relacionadas com o cuidar do bebé.

O grupo 1 ao longo do estudo foi melhorando os valores das diferentes sub-escalas, apresentando uma atitude mais positiva relativamente à maternidade do que o grupo de controlo.

### Escala Satisfação Parental

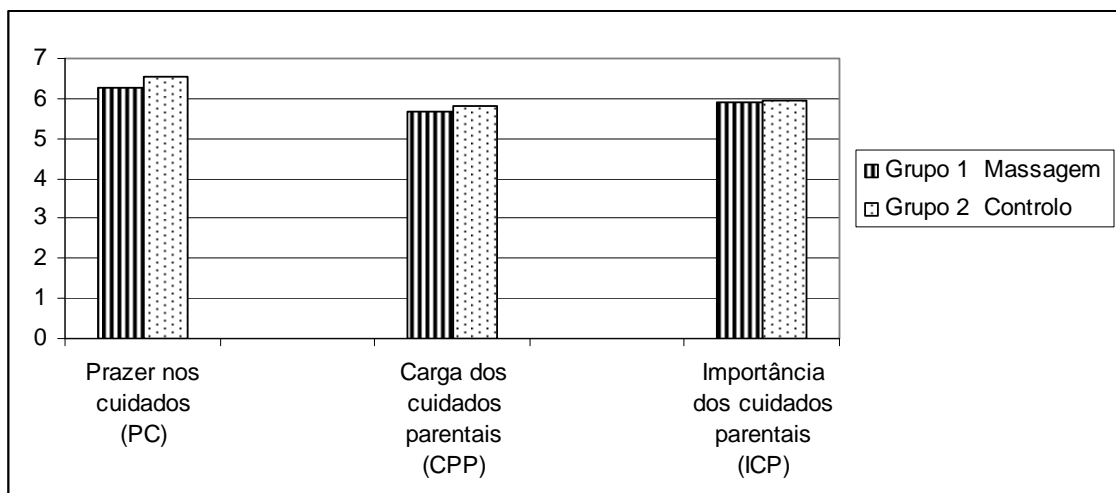
Em primeiro lugar realizamos uma ANOVA de medidas repetidas com dois factores. Não encontramos diferenças significativas ao longo do tempo, no entanto a análise indica diferenças em função do grupo de pertença. Desta forma, apresentamos os resultados para cada momento separadamente. Note-se que esta escala só foi aplicada a partir do momento 2.

## Momento 2

No momento 2 foram analisados os resultados através da ANOVA, para verificar se haviam diferenças nas dimensões da escala entre grupos.

Figura 3

Médias grupo massagem (1), grupo controlo (2) e PSS dimensões 1-2 meses



A análise realizada através da ANOVA mostrou que no momento 2 do estudo que corresponde à fase de 1-2 meses de vida do bebé e em que as mães iniciam o pós-parto mostrou diferenças significativas entre os dois grupos na dimensão Prazer nos cuidados ( $F(1,167)=.045$   $p<.05$ ). Não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões Carga dos Cuidados Parentais ( $F(1,167)= 1.03$   $p>0.05$ ) e Importância dos Cuidados Parentais ( $F(1,167)=.18$   $p>.05$ ) (Figura 3).

### *Satisfação Parental e género do bebé*

Procurou-se ver se havia diferenças entre o género do bebé e as preocupações maternas, verificou-se com base na ANOVA, que neste grupo não havia diferenças significativas quanto ao género ( $F(1, 167) = .70$ ,  $p>.05$ ).

Analisaram-se as associações entre a idade da mãe, as habilitações literárias das mães e pais, o número de filhos e os valores nas três dimensões da escala.

As habilitações da mãe encontram-se significativa e negativamente correlacionadas com Importância dos cuidados parentais (ICP) ao longo dos três momentos do estudo (no momento 2,  $r = -.31$ ,  $p<.01$ ; no momento 3,  $r = -.28$ ,  $p<.01$ ; no momento 4,  $r = -.24$ ,  $p<.01$ ) e com Carga dos cuidados parentais (CPP) no momento 2 ( $r = -.18$ ,  $p<.05$ ). Em relação às

habilitações do pai também existe uma correlação significativa e negativa ao longo do tempo relativamente à dimensão Importância dos cuidados parentais (no momento 2,  $r = -.21$ ,  $p < .01$ ; no momento 3,  $r = -.25$ ,  $p < .01$ ; no momento 4,  $r = -.20$ ,  $p < .05$ ) e Prazer dos cuidados parentais ( $r = -.18$ ,  $p < .01$ ) no momento 3, que corresponde aos 3-4 meses do bebé. O número de filhos e a Importância dos cuidados parentais (ICP) encontram-se significativa e negativamente correlacionadas no momento 2 ( $r = -.19$ ,  $p < .05$ ), que corresponde à fase de 1-2 meses de vida da criança. Não se encontraram correlações entre a idade da mãe e as dimensões da escala.

### **Momento 3**

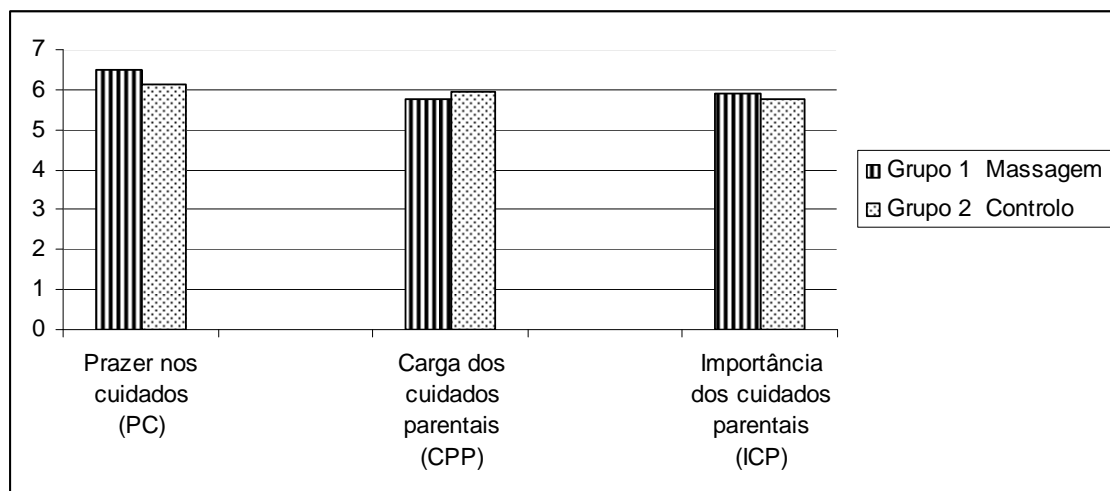
No momento 3, que corresponde à fase dos 3-4 meses de vida do bebé, foram analisados os resultados através da ANOVA, verificou-se que não existiam diferenças significativas em nenhuma das três dimensões da escala, na dimensão Carga dos Cuidados Parentais ( $F(1,142)=.04$   $p > .05$ ), na dimensão Prazer dos cuidados parentais ( $F(1,142)=.38$   $p > .05$ ) e Importância dos Cuidados Parentais ( $F(1,142)=.04$   $p > .05$ ).

### **Momento 4**

No momento 4, que corresponde à fase dos 12 meses de vida do bebé, foram analisados os resultados através da ANOVA, verificou-se que não existiam diferenças significativas na dimensão da escala Carga dos Cuidados Parentais ( $F(1,122)=1.8$   $p > .05$ ). Contudo, na dimensão Prazer dos cuidados parentais ( $F(1,122)=8.8$   $p < .05$ ) e Importância dos Cuidados Parentais ( $F(1,122)=4.1$   $p < .05$ ) existiam diferenças significativas entre o grupo experimental e de controle (Figura 4).

Figura 4

Médias grupo massagem (1), grupo controlo (2) e PSS dimensões 12 meses



### Escala Ansiedade de Separação Materna

Em primeiro lugar realizamos uma ANOVA de medidas repetidas com dois factores (grupo x momento). Não encontramos diferenças significativas ao longo do tempo, no entanto a análise indica diferenças em função do grupo de pertença. Desta forma, apresentamos os resultados para cada momento separadamente. Note-se que esta escala só foi aplicada a partir do momento 2.

#### Momento 2

No momento 2 foram analisados os resultados através da ANOVA, para verificar se havia diferenças nas dimensões da escala entre grupos, não se encontraram diferenças significativas em nenhuma das dimensões, para a dimensão Ansiedade materna de separação ( $F(1, 164) = .06, p > .05$ ), Percepção dos efeitos da separação na criança ( $F(1, 164) = .13, p > .05$ ) e com Preocupações acerca da separação provocada pelo emprego ( $F(1, 142) = .34, p > .05$ ).

#### *Ansiedade de Separação Materna e género do bebé*

Procurou-se ver se havia diferenças entre o género do bebé e as preocupações maternas, verificou-se com base na ANOVA, que neste grupo havia diferenças significativas quanto ao género ( $F(1, 123) = 4.1, p < .05$ ), as mães apresentavam maiores preocupações maternas em relação às raparigas do que aos rapazes relativamente à dimensão Preocupações acerca da separação provocada pelo emprego.

Analisaram-se as associações entre a idade da mãe, as habilitações literárias das mães e pais, o número de filhos e os valores nas três dimensões da escala. Os resultados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8

Relação entre a idade, habilitações literárias das mães e dos pais, número de filhos e as três dimensões da escala

	AMS 1	PES 1	PSE 1	AMS 2	PES 2	PSE2	AMS 3	PES 3	PSE3
Idade mãe				.18*					
Hab. literárias mãe	-.26**	-.39**	-.40**	-.27**	-.23**	-.43**			-.19*
Hab. literárias Pai	-.17*	-.20*	-.18*	-.23**		-.21*			
Nº de filhos						.17*			

\*\*p< .01 \* p< .05

Como se pode observar na tabela 8, a idade da mãe encontra-se significativa e positivamente correlacionada com a dimensão Ansiedade materna de separação (AMS) no segundo momento, as habilitações da mãe encontram-se significativa e negativamente correlacionadas com Ansiedade materna de separação (AMS), Percepção dos efeitos da separação na criança (PES) ao longo dos dois primeiros momentos do estudo e com Preocupações acerca da separação provocada pelo emprego (PSE) ao longo dos três momentos. Em relação às habilitações do pai também existe uma correlação significativa e negativa nas três dimensões da escala no primeiro momento, que se mantém no segundo momento apenas em duas dimensões, Ansiedade materna de separação (AMS) e Preocupações acerca da separação provocada pelo emprego (PSE)

O número de filhos e a dimensão Preocupações acerca da separação provocada pelo emprego (PSE) encontram-se significativa e positivamente correlacionadas no terceiro momento, que corresponde à fase de 12 meses de vida da criança.

### **Momento 3**

No momento 3 foram analisados os resultados através da ANOVA, para verificar se havia diferenças nas dimensões da escala entre grupos, não se encontraram diferenças significativas em nenhuma delas, para a dimensão Ansiedade materna de separação ( $F(1, 142) = 0.79, p > .05$ ), Percepção dos efeitos da separação na criança ( $F(1, 142) = .07, p > .05$ ) e com Preocupações acerca da separação provocada pelo emprego ( $F(1, 142) = 1.2, p > .05$ ).

### **Momento 4**

No momento 4 foram analisados os resultados através da ANOVA, para verificar se havia diferenças nas dimensões da escala entre grupos, também não se encontraram diferenças significativas em nenhuma das dimensões, para a dimensão Ansiedade materna de separação ( $F(1, 123) = .01, p > .05$ ), Percepção dos efeitos da separação na criança ( $F(1, 123) = 0.75, p > .05$ ) e com Preocupações acerca da separação provocada pelo emprego ( $F(1, 123) = 0.23, p > .05$ ).

### **Escala Como ser Mãe/Pai de um Bebê**

Em primeiro lugar realizamos uma ANOVA de medidas repetidas com dois factores. Não encontramos diferenças significativas ao longo do tempo, no entanto a análise indica diferenças em função do grupo de pertença. Desta forma, apresentamos os resultados para cada momento separadamente. Note-se que esta escala só foi aplicada a partir do momento 2.

### **Momento 2**

No momento 2, que corresponde à fase dos 1-2 meses de vida do bebé, os valores descritivos para ambos os grupos mostram valores ligeiramente diferentes entre grupos, na dimensão Avaliação da parentalidade com um valor médio de 8.1 (DP=.66) para o grupo experimental e de 7.8 (DP=1.1) para o grupo de controle, foram analisados os resultados através da ANOVA, estes mostram uma tendência para os pais do grupo experimental ( $F(1,166) = 3.6, p = .06$ ) apresentarem melhores resultados em relação à avaliação que fazem do seu desempenho nos cuidados parentais do que os pais do grupo de controle. Nas dimensões Centralidade da criança ( $F(1,166) = 0.6, p > .05$ ) e Modificação de vida ligada à parentalidade ( $F(1,166) = 1.3, p > .05$ ) não se encontraram diferenças significativas.

### **Momento 3**

No momento 3, que corresponde à fase dos 3-4 meses de vida do bebê, foram analisados os resultados através da ANOVA, verificou-se que não existiam diferenças significativas nas três dimensões da escala entre grupos. Na dimensão Avaliação da parentalidade ( $F(1,140)=.4$   $p>.05$ ), na dimensão Centralidade da criança ( $F(1,140)=0.1$   $p>.05$ ) e Modificação de vida ligada à parentalidade ( $F(1,140)=.001$   $p>.05$ ).

### **Momento 4**

No momento 4, que corresponde à fase dos 12 meses de vida do bebê, foram analisados os resultados através da ANOVA, verificou-se que existiam apenas diferenças significativas na dimensão Avaliação da parentalidade entre grupos. Na dimensão Avaliação da parentalidade ( $F(1,123)=3.9$   $p=.05$ ) os pais do grupo experimental mostram-se mais positivos em relação aos cuidados que prestam ao seu bebê. Na dimensão Centralidade da criança ( $F(1,123)=.9$   $p>.05$ ) e Modificação de vida ligada à parentalidade ( $F(1,123)=0.2$   $p>.05$ ) não se encontraram diferenças significativas.

Na Avaliação da parentalidade encontraram-se diferenças ao longo do tempo, nas outras duas dimensões não foi possível estabelecer uma relação ao longo dos vários momentos do estudo.

### **Escala do Temperamento**

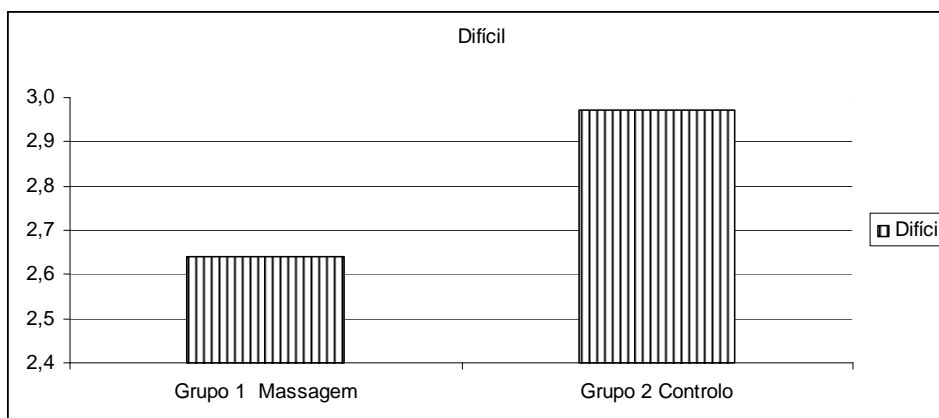
O ICQ apenas foi utilizado no momento 4, uma vez que pretendíamos saber se a massagem pode ter um efeito a longo prazo na relação da díade e nas características individuais do bebê.

### **Momento 4**

Foram analisados os resultados através da ANOVA, para verificar se havia diferenças nas dimensões das escalas entre grupos, encontraram-se diferenças significativas relativamente à dimensão *Difícil*, como se pode ver na figura seguinte.

Figura 5

Médias grupo massagem (1), grupo controlo (2) e dimensão Difícil 12 meses



A análise realizada através da ANOVA mostrou que no momento 4 do estudo que corresponde à fase de 12 meses de vida do mostrou diferenças significativas entre os dois grupos na dimensão temperamento Difícil ( $F(1,123) = 5.53$   $p < .05$ ) (Gráfico 5). Não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos nas dimensões Adaptação negativa à mudança ( $F(1,123) = 0.55$   $p > .05$ ), Irrequieta ( $F(1,123) = 0.04$   $p > .05$ ), e Séria ( $F(1,123) = 1.07$   $p > .05$ ).

#### ***Temperamento e género do bebé***

Procurou-se ver se havia diferenças entre o género do bebé e as diferentes dimensões da escala do temperamento, verificou-se com base na ANOVA, que neste grupo não havia diferenças significativas quanto ao género e as dimensões do temperamento Difícil ( $F(1, 123) = 0.08$ ,  $p > .05$ ), Adaptação negativa à mudança ( $F(1, 123) = 0.12$ ,  $p > .05$ ), Irrequieta ( $F(1, 123) = 0.08$ ,  $p > .05$ ) e Séria ( $F(1, 123) = 0.52$ ,  $p > .05$ ).

Analisaram-se as associações entre a idade da mãe, as habilitações literárias das mães e pais, o número de filhos e os valores nas várias dimensões da escala não se encontraram relações entre as variáveis demográficas e o temperamento.

**CAPÍTULO VI***DISCUSSÃO*

A transição para a maternidade, como se viu anteriormente, é um período de grande desafio para a mulher e que requer grandes mudanças e adaptações por parte desta. Vários factores podem contribuir para um melhor ajustamento entre mãe e bebé, entre eles o apoio dado pelos profissionais de saúde, através dos programas desenvolvidos no pós-parto. A partilha de medos e dúvidas com as outras mães, o apoio técnico do profissional, um espaço onde possam ser ouvidas e a promoção da interação entre mãe e bebé, facilita a relação da díade e a regulação dos cuidados maternos (Borjesson, Paperin, & Lindell, 2004; Kiehl, Carson, & Dyke, 2007; Mercer, 2006; Warren, 2005).

Com este estudo pretendeu-se conhecer melhor a realidade portuguesa e saber como é que as famílias portuguesas se ajustam nesta nova fase do seu ciclo de vida, em particular, de que forma é que as mães vivenciam a maternidade, desde a gravidez até ao final do primeiro ano de vida da criança. Para tal fomos tentar perceber quais as implicações que a massagem do bebé tem na relação da díade mãe-bebé. Os parâmetros medidos foram: as atitudes relativas à maternidade, a experiência associada à maternidade, o grau de satisfação parental, a relação entre a mãe e o seu filho face à separação temporária, de que forma é que esta é vivenciada, através do nível de ansiedade da separação materna e o temperamento do bebé.

A amostra do estudo era homogénea entre os dois grupos, em relação à média de idades das mães e dos pais, assim como nos itens habilitações literárias, estado civil e sexo do bebé. Relativamente à paridade, no grupo experimental temos maior número de primíparas do que no grupo de controlo. Uma vez que este estudo tentava conhecer melhor a realidade portuguesa, podemos dizer que a amostra está de acordo com alguns dos indicadores apresentados no INE (e.g. idade, paridade, estado civil), no entanto podemos apresentar como crítica que esta amostra apresenta um grupo que não é representativo do nosso país em relação ao nível educacional. Tomamos como referência a divisão de Oliveira (2005), em que esta divide o índice de fecundidade sintético de Portugal em quatro grandes grupos, até ao 6º ano, 9º ano, secundário e ensino superior, destes o grupo que apresenta valores mais altos é aquele cujas habilitações literárias vão até ao 6º ano. A nossa amostra apresenta um nível médio educacional acima dos 14 anos de escolaridade, representando apenas uma parte da população portuguesa. Contudo, as alterações políticas a nível da lei de escolaridade obrigatória e o apoio do pré-escolar, têm facilitado o crescimento do nível educacional da população portuguesa, assim como o grupo de mulheres com habilitações literárias ao nível do ensino superior que têm filhos também tem vindo a aumentar em detrimento dos grupos com nível educacional mais baixo, é por isso importante perceber qual o impacto que esse aspecto tem

nas atitudes face à maternidade. Para tal, é fundamental realizar mais estudos com amostras mais abrangentes para comparar com os nossos resultados e perceber os pontos comuns e os divergentes.

O estudo encontra-se dividido em quatro momentos, o primeiro corresponde ao 3º trimestre da gravidez, o segundo após o nascimento do bebé, por volta dos 1-2 meses de idade, representa o início das sessões de massagem, o terceiro momento representa a fase do final das sessões de massagem e em que os bebés têm entre 3-4 meses de idade e o quarto é a fase final deste estudo longitudinal e em que os bebés têm 12 meses de idade. Passaremos a analisar em seguida os dados encontrados em cada um dos tempos do estudo.

No momento 1, as mães no final da gravidez responderam ao questionário Atitudes Relativas à Maternidade, os resultados encontrados são semelhantes entre os dois grupos, este aspecto foi importante pois partimos com o grupo experimental e de controlo com valores idênticos o que possibilitou ao longo do estudo perceber qual o impacto que o apoio dado pelo grupo da massagem teve na adaptação das mães a esta nova fase das suas vidas que é a maternidade.

No momento 2, já se encontraram grandes diferenças entre os dois grupos constatou-se que as mães do grupo de massagem apresentaram maiores níveis de confiança para desempenhar o seu papel de mãe, identificaram-se mais com a gravidez e com as alterações que esta produz no seu corpo e têm maior suporte dos companheiros. A amamentação e as mudanças que um bebé faz em casa, assim como a sua auto-imagem foram menos negativas. Estes dados estão de acordo com alguns autores que defendem que a antecipação desta nova fase, enquanto grávida, prepara melhor as mulheres para a maternidade e as torna mais confiantes no sucesso desta nova tarefa (Warren, 2005). Tendo em conta que estas mães não só participaram em cursos de preparação para o nascimento, como acharam importante continuarem a ser apoiadas pelos fisioterapeutas no pós-parto, parece ir ao encontro com o que se disse anteriormente. Também o facto do número de gravidezes não planeadas ser superior no grupo de controlo pode ter contribuído para estes resultados.

As mães do grupo experimental, após o bebé nascer, apoiaram-se mais no pai do que nas suas próprias mães, os dados recolhidos na ficha de caracterização estão de acordo com os resultados do questionário, visto as mães do grupo 1 terem referido que os cuidados do bebé eram desempenhados pela mãe e pelo pai, partilhando mais essas tarefas do que os pais do grupo de controlo. Este é um aspecto muito positivo, pois a mãe desempenha um importante

papel no envolvimento do pai nos cuidados parentais, muitas mães acabam por assumir todas as funções de cuidar do bebé não deixando espaço para o pai participar. Provavelmente, o facto do marido estar mais envolvido nos cuidados com o bebé faz com que estas mães necessitem menos do suporte das suas próprias mães. Estes resultados estão de acordo com alguns estudos já apresentados (e.g., Warren, 2005; Cronin, 2003; Belsky, Sligo, Jaffee, Woodward, & Silva, 2005). Pelo que vimos anteriormente, na revisão da literatura, as mães que melhor se preparam para a fase da maternidade e que têm maior suporte social, são factores preditivos de uma melhor adaptação nesta etapa da vida da mulher, contribuem para a existência de valores mais altos de satisfação, maior disponibilidade da mãe para a criança, uma interacção mais positiva com o bebé, assim como a construção de uma relação de vinculação segura. O que parece ir ao encontro dos resultados obtidos.

Outro dado importante a ressaltar é o facto de no grupo experimental o número de primíparas ser maior do que no grupo de controlo, segundo Ishii-Kuntz e Ihinger-Talman, (1991), as mães pela primeira vez apresentam maiores níveis de satisfação para com a maternidade, sendo assim esta pode ser a razão porque estas mães estão mais satisfeitas com as transformações inerentes à gravidez e com o papel maternal, obtendo por isso valores mais altos no desempenho e na imagem corporal. O nosso estudo parece sugerir que as puérperas que procuram apoio no pós-parto são em particular as primíparas e aquelas que dividem tarefas sobre os cuidados prestados ao bebé com o marido. Pelo contrário, as múltiparas, provavelmente, tendem a assumir todas as tarefas relacionadas com os filhos, não as dividindo com o companheiro e por isso apresentando valores mais baixos nas diferentes dimensões.

Em seguida iremos analisar as associações entre a idade da mãe e pai, habilitações literárias da mãe e número de filhos e o questionário Atitudes Relativas à Maternidade. Os nossos resultados relativamente a idade das mães encontram-se significativa e negativamente correlacionadas com Preocupações maternas (PM) e Relação com a mãe (RCM), onde se pode perceber que quanto mais velha é a mãe menos preocupações maternas e menor dependência ela tem da sua mãe, o que está de acordo com os estudos de Blunk e Williams (1999) e Erdwins et al (2001). Nestes estudos, as mães mais velhas apresentavam menores níveis de ansiedade, logo estas mães têm a capacidade de arranjar estratégias de *coping* mais facilmente, são mais seguras e conseguem dar respostas mais adequadas ao bebé, possibilitando que estejam menos dependentes de outras pessoas para lidarem com o bebé. Relativamente às habilitações literárias encontram-se significativa e negativamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM) e Imagem própria negativa (IPN), o

que significa que quanto mais elevadas as habilitações literárias menor o nível de auto-confiança para se relacionarem com o bebé e da sua percepção em lidar com a situação, o que está de acordo com a literatura (Mercer, 1986), uma vez que estas mães investem muito na carreira e adiam a maternidade, estando mais orientados para as funções profissionais e não maternais, por isso quando decidem ser mães têm mais dúvidas e apresentam maior grau de dificuldade para cuidar do bebé.

A idade do pai encontra-se significativa e negativamente correlacionada com Preocupações maternais (PM), Relação matrimonial (RM) e Relação com a mãe (RCM), o que significa que quanto mais velho é o pai menores preocupações tem com o bebé, menos envolvido está nos cuidados com o bebé e menor necessidade tem do apoio da sua própria mãe. Estes dados estão de acordo com a literatura, em que os pais mais tradicionais, por isso mais velhos, ainda estão muito ligados ao seu papel de principal financiador da família, a sua função é trabalhar e contribuir financeiramente para o bem-estar da família e não para se envolver nos cuidados com o bebé (Pittman et al, 1989). Nos resultados relação matrimonial e idade do pai, ambos estão correlacionados de forma significativa e negativa, o que significa que quanto mais velho for o pai menor relação tem com a companheira. Estes tendem a ser menos compreensivos com as mães, nas sua tarefas inerentes à maternidade e envolvem-se menos nessas funções, o que parece que está de acordo com Isabella e Belsky (1985), em que destacam o nascimento de um bebé como um período de crise e de diminuição da satisfação na relação matrimonial, que pode ter começado já nos últimos meses da gravidez. O facto de não haver estabilidade na relação pode levar a que a mãe não confie ao pai as funções de cuidar do bebé, pois sabemos através da revisão da literatura que os pais que se envolvem mais nos cuidados parentais são aqueles que anteriormente ao nascimento do bebé já tinham uma boa relação matrimonial. Por isso, os pais ao estarem menos envolvidos nos cuidados ao bebé têm menores preocupações na relação com ele e menor necessidade do apoio das suas mães. A auto-confiança das mães também está relacionada com o apoio social que estas recebem dos maridos, uma vez que estes pais se envolvem menos na relação com o bebé também a mãe tem menos suporte, daí ser mais difícil a mãe ter disponibilidade emocional para dar respostas adequadas ao bebé (Knauth, 2001; Cronin, 2003).

O número de filhos encontra-se significativa e positivamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM), o que se entende pois quanto maior for o número de filhos que uma mulher tem maior experiência em lidar com crianças e por isso maior auto-confiança enquanto mãe.

O grau de satisfação das mães foi avaliado pela Escala de Satisfação Parental, no momento 2 encontraram-se diferenças significativas entre os dois grupos na dimensão Prazer nos cuidados, apresentando o grupo de controlo valores ligeiramente mais altos do que o grupo experimental. Esta dimensão pretende avaliar o prazer que advém do facto de se ser progenitor, tendo em conta os resultados apresentados anteriormente, as mães do grupo de controlo envolvem menos o companheiro nos cuidados do bebé e têm mais filhos. Uma explicação para este resultado poderá ser porque estas mães têm uma divisão de tarefas mais tradicional e por isso desempenham mais as tarefas inerentes ao cuidar do bebé e partilham menos com o pai, o que faz com que nesta fase a sua principal função seja a maternidade e por isso tenham grande prazer em assumi-la.

Da análise das associações de diferentes itens, encontraram-se correlações entre habilitações literárias da mãe e pai, número de filhos e escala de Satisfação Parental. Podemos constatar que ao longo do estudo as dimensões Importância dos cuidados parentais e Carga dos cuidados parentais, se encontram correlacionadas de forma significativa e negativa com as habilitações literárias da mãe, este resultado está de acordo com os estudos Goetting (1986) e Ozgun e Honig (2005) em que mães com habilitações literárias mais altas, além da maternidade desempenham um importante papel a nível profissional e este não é o objectivo central das suas vidas. O mesmo acontecendo com as habilitações literárias do pai e as dimensões Importância dos cuidados parentais e Prazer dos cuidados parentais, este resultado poderá ser explicado pela mesma razão apresentada para a mãe. Em relação ao número de filhos também se encontrou uma correlação significativa e negativa, o que vai de encontro com os resultados Rogers e White (1998) e Vicary e Corneal (2001), o facto de haver mais filhos faz com que os valores de satisfação sejam mais baixos, isto porque a mãe tem que saber gerir o seu tempo pelos vários filhos, não podendo dar atenção ao bebé como provavelmente gostaria o que se repercute nos valores de satisfação. Além disso, como a maternidade é uma experiência pela qual já passou, o valor que dá à importância dos cuidados parentais seja menor quando comparado com uma mãe de primeira vez.

Pensando nas alterações que a nossa sociedade tem sofrido ao longo dos últimos anos e que fez com que maioritariamente as mulheres trabalhem fora de casa, fomos procurar as diferenças em relação à ansiedade de separação materna entre grupos, para tal aplicámos a Escala de Ansiedade de Separação Materna. Em relação a este parâmetro ao longo do estudo não se encontraram diferenças significativas entre grupos, não sendo um resultado que surpreenda em particular para o momento 2 e 3 do estudo, visto nesta fase as mães estarem a

gozar a licença de maternidade, por isso ainda está longe o regresso à actividade laboral e ainda não vivenciam sentimentos de ansiedade de separação.

Cada vez mais os pais são pressionados a serem os melhores do mundo, os erros e as dificuldades são pouco tolerados pela sociedade e por isso ser mãe ou pai hoje em dia é muitas vezes fonte de stress. Utilizamos o instrumento Como ser Mãe/Pai de um Bebé para avaliar as diferenças a nível da avaliação do desempenho, centralidade da criança e modificação de vida ligada à parentalidade. Não se encontraram diferenças significativas entre grupos nestas duas últimas dimensões, o que é um dado espectacular visto nos dois grupos as mães terem respondido maioritariamente que tinham planeado e desejado a gravidez. Sendo assim, a maternidade era algo programado, preparado e muito desejado, todas elas tinham feito preparação para o nascimento, no pós-parto tinham bom suporte social (como se viu anteriormente) logo estes resultados estão de acordo com os estudos apresentados na revisão da literatura (e.g. Canavarro, 2006; Pizur-Barnekow, 2006; Pridham et al, 2001). Na dimensão avaliação da parentalidade, as mães do grupo da massagem mostraram uma tendência para se avaliarem de uma forma mais positiva, este resultado poderá estar relacionado com o facto de estas mães integrarem um grupo de suporte no pós-parto que as ensina a fazer a massagem e tem um espaço para troca de ideias, dúvidas, etc, o que segundo alguns estudos ajuda no aumento das competências e da auto-estima (e.g., Borjesson, Paperin, & Lindell, 2004; Glade et al, 2005).

No item género do bebé, encontraram-se diferenças significativas nas dimensões preocupações maternas no Questionário das Atitudes Relativas à Maternidade e preocupações acerca da separação provocada pelo emprego na Escala Ansiedade de Separação Materna, nestas as mães das meninas apresentavam maiores preocupações do que as mães dos meninos. Este dado poderá ser explicado pelo facto de sermos um país judaico-cristão, com fortes raízes culturais e religiosas que conotam o sexo feminino como o mais frágil, sensível e necessitando de maior protecção e de mais cuidados (Leal, 2006). Uma vez que se encontraram estes dados e no sentido de se generalizar esta conclusão seria importante fazer novo estudo com uma população mais abrangente para ver se esta relação se mantém.

Na Escala de Satisfação Parental, Como Ser Mãe/Pai de um Bebé e Escala do Temperamento não se encontraram diferenças significativas. Estes resultados estão de acordo com a literatura, relativamente à satisfação parental os estudos apresentados também não apresentaram consenso em relação ao género do bebé (Boernstein et al, 2003; Goetting, 1986). Tendo em conta que a amostra era maioritariamente mãe de primeira vez podemos

supor que lhes seria indiferente o género do bebé. Assim como, para o instrumento Como Ser Mãe/Pai de um Bebé os cuidados prestados ao bebé e a forma como este altera a estrutura familiar, para estes pais não está dependente do género do bebé. Na relação Temperamento do bebé e género do bebé, estes resultados estão de acordo com estudos anteriores (e.g. Kivijardi et al, 2005) em que também não foram encontradas associações nestes itens.

No momento 3, fase em que os bebés têm entre 3-4 meses e os do grupo experimental estão a terminar as sessões de massagem, encontramos resultados para o Questionário Atitudes Relativas à Maternidade melhores para o grupo experimental do que para o grupo de controlo e comparando com o momento 2, estas mães aumentaram a auto-confiança, a noção de imagem corporal, a relação com o companheiro e com a sua mãe ao longo do estudo. Destas podemos destacar o apoio social destas mães, visto terem recorrido mais ao apoio não só do pai, como envolveram a sua própria mãe no cuidar do bebé, assim como aumentaram as suas próprias competências. O suporte social é um factor muito importante de apoio às mães, este pode ser dado tanto pelo companheiro como pelas próprias mães. Este aumenta o grau de satisfação, a disponibilidade das mães para com o bebé, levando a uma interacção mais positiva entre a mãe e o bebé, assim como facilita a construção de uma relação de vinculação segura (Cronin, 2003; Belsky et al, 2005). Aqui salientamos o apoio inicial dado pelos profissionais de saúde, através do apoio desenvolvido no pós-parto, este é um factor fundamental para potenciar o desenvolvimento das interacções pais-bebé, em particular para aumentar a confiança das mães na prestação de cuidados parentais (e.g., Borjesson et al, 2004; Gardner & Deatrck, 2006; Warren, 2005). A partilha de experiências através de uma metodologia de grupo, promovendo a interacção entre pais é uma abordagem positiva. A massagem é uma intervenção que ajuda a aumentar a proximidade na díade e o conhecimento entre ambos, o que facilita a adequação de respostas por parte da mãe às necessidades do bebé e segundo alguns autores pode trazer grandes benefícios na interacção entre a mãe e o bebé (e.g., Schneider, 1996; Onozawa, et al, 2001), no aumento da auto-estima e da competência (e.g., Clarke et al, 2002).

Esta poderá ser uma das explicações possíveis para os resultados encontrados em relação aos níveis de confiança da mãe e aos aspectos negativos no cuidar, visto terem sido melhores nas mães do grupo de massagem do que no grupo de controlo. Estas sessões parecem ser eficazes no apoio das puérperas nesta nova fase que é a maternidade.

Nos instrumentos Escala de Satisfação Parental e Como ser Mãe/Pai de um Bebé não foram encontradas diferenças entre grupos, o que não é um resultado muito surpreendente se

tivermos em linha de conta que há uma pressão enorme sobre os casais para terem filhos e que estes adiam esse momento para quando sentem que têm condições ideais para serem pais, daí as expectativas serem sempre muito altas e o bebé torna-se o ponto a partir do qual a família se organiza e desenvolve. Sabendo que a maioria das mães são primíparas tanto no grupo experimental como de controlo é normal que os valores sejam semelhantes e altos.

No momento 4 encontraram-se diferenças significativas nas dimensões Prazer dos cuidados parentais e Importância dos cuidados parentais da Escala Satisfação Parental, na dimensão Avaliação da Parentalidade do instrumento Como ser Mãe/Pai de um Bebé e na Escala de Temperamento na dimensão Difícil, em todas elas o grupo experimental obteve melhores resultados do que o grupo de controlo. Nos outros instrumentos e nas outras dimensões não se encontraram diferenças significativas entre grupos.

Ao longo do estudo, as mães do grupo da massagem obtiveram melhores resultados na adaptação à maternidade, apresentaram maior confiança nas suas capacidades e tiveram maiores apoios do que as mães do grupo de controlo, daí os resultados obtidos nas dimensões Prazer dos cuidados parentais e Importância dos cuidados parentais da Escala Satisfação Parental e na dimensão Avaliação da Parentalidade do instrumento Como ser Mãe/Pai de um Bebé, estão em conformidade com os resultados encontrados no Questionário Atitudes face à Maternidade. O facto destas mães terem participado em programas no pós parto, terem sido inseridos em classes de massagem para o bebé, facto que potencia o conhecimento entre mãe e bebé, em que se estimulam os cinco sentidos e facilita um contacto próximo entre ambos os protagonistas leva a uma melhor regulação da relação e uma resposta mais adequada às necessidades do bebé (e.g., Clarke et al, 2002; Field, 2001). Embora os autores defendam que ao longo dos primeiros meses de vida do bebé as mães são capazes de dar respostas mais ajustadas às necessidades do bebé (e.g., Erdwins et al, 2001; Pridham et al, 1994), este factor foi potenciado no grupo da massagem porque estes pais no final do primeiro ano avaliam-se como sendo mais fácil prestar os cuidados ao bebé e apresentam maiores níveis de satisfação ao longo do tempo em relação ao prazer e à importância que os cuidados parentais têm nas suas vidas. Estas mães foram mais apoiadas pelo fisioterapeuta, pelas outras mães, pela sua própria rede social o que facilitou uma melhor adaptação à maternidade e a níveis mais altos de satisfação parental, estes dados estão de acordo com alguns estudos apresentados anteriormente (e.g., Brage Hudson et al, 2003; Hsu, 2004).

Em relação à classificação do temperamento dos bebés, as mães do grupo experimental avaliaram-nos como sendo bebés com temperamento menos difícil do que as

mães do grupo de controlo. Tendo em conta que alguns autores apontam a rotina do sono (e.g., Pridham et al, 1994) como um factor a ter em consideração para a avaliação do temperamento do bebé e tomando em consideração os resultados apresentados anteriormente, as mães do grupo experimental quando inicialmente classificaram o sono dos seus bebés, apresentaram uma percentagem muito superior no item irregular, quando comparadas com mães do grupo de controlo. Contudo, quando ao final do ano responderam ao questionário sobre o temperamento do seu bebé, os valores foram melhores na sua classificação do temperamento dos bebés do que as mães do grupo de controlo. Considerando que o temperamento resulta da interacção entre a componente genética, o ambiente e as interacções sociais (Bates & Pettit, 2007; Cole & Cole, 2001; Wachs, 1999) e que dentro dos factores ambientais, podemos destacar a sensibilidade parental, o envolvimento e a adequação da resposta dos pais (Kivijardi et al, 2005). Além de que o temperamento é uma característica relacional, dependente do comportamento da mãe e do bebé (Vaughn et al, 2008). Todos estes factores no seu conjunto permitem apontar para a importância das sessões de massagem ao bebé como um importante veículo de apoio aos pais e que ajudam a ajustar a relação que se estabelece na díade. As mães do grupo experimental ao serem mais apoiadas e por isso estando mais confiantes das suas competências, conseguiram relacionar-se melhor com o bebé e classificá-lo de uma forma mais positiva, do que as mães do grupo de controlo. Além disso e se tomarmos em consideração os estudos de Rothbart e Bates (2006) que relacionam os níveis de cortisol e da actividade vagal com o temperamento e se tivermos em consideração que a massagem ajuda a diminuir os níveis de cortisol e parece activar o nervo vago (e.g., Field, 1998; Field & Diego, 2008; Field et al, 2004d; Uvnas-Moberg, 1998) os nossos resultados parecem confirmar esta relação visto as mães que praticaram a massagem classificaram os seus bebés como sendo menos difíceis.

Nesta última fase e tendo em conta que os bebés já têm 12 meses, poderiam ter sido encontradas diferenças entre grupos na Escala de Ansiedade de Separação materna, mas tal não sucedeu, o que vai de encontro aos resultados encontrados por McBride e Belsky (1988) e de Veríssimo et al (2008), em que mães que trabalham apresentam menores níveis de ansiedade, assim como o facto das mães terem habilitações literárias altas também está relacionado com menores níveis de ansiedade de separação. A estes factores associa-se o facto de que a ansiedade de separação ir diminuindo ao longo do tempo de vida do bebé e neste caso já estamos a falar de bebés com 12 meses. Embora o local onde fica a criança enquanto a mãe vai trabalhar não tenha sido contemplado no questionário sócio demográfico,

algumas mães referiram que sabiam que os bebés estavam bem porque ficavam com as avós e por isso os seus níveis de ansiedade de separação eram baixos. Neste ponto teria sido importante perceber quem prestava os cuidados ao bebé, pois uma mãe que tem a hipótese de ter horários flexíveis ou que opta por deixar o seu bebé com um familiar terá menos ansiedade de separação de uma mãe que deixa o seu bebé numa creche. Em estudos futuros seria importante perceber se há diferenças em relação a este item.

Este estudo pretendeu avaliar o impacto que a massagem do bebé de termo tem na relação da díade na realidade portuguesa, os resultados encontrados vão ao encontro do que alguns autores defendem, ou seja, os profissionais de saúde que trabalham nesta área devem desenvolver programas de apoio aos pais no puerpério, com metodologia de grupo e onde haja partilha de informação entre pais e profissional de saúde que permitam desenvolver as competências maternas. As mães que procuraram o apoio no pós-parto e aprenderam a realizar a Massagem nos bebés apresentaram atitudes mais positivas face à maternidade, partilharam e envolveram mais os pais nos cuidados do bebé, a avaliação e o prazer que têm no cuidar do bebé é maior do que no grupo de controlo e ao longo do tempo classificaram os seus bebés como tendo um temperamento melhor do que o grupo de controlo, o que poderá facilitar a relação de vinculação que se cria entre mãe e bebé. Estes dados são importantes para os profissionais que trabalham nesta área, pois estes encontros podem ajudar os casais a desenvolverem estratégias que lhes permitam lidar melhor com a maternidade. No entanto, para generalizar estes resultados seria necessário replicar o estudo com amostras mais representativas da realidade portuguesa.

Contudo, muitas questões se foram levantando ao longo deste projecto nomeadamente qual o grupo de mães que mais beneficiaria com a aprendizagem da massagem do bebé e com o apoio dado pelo próprio grupo. Aí se pode questionar se estes resultados se mantêm em mães de estratos sociais mais baixos, com menores habilitações literárias ou com menos suporte social. Tendo em conta que hoje em dia os pais estão cada vez mais envolvidos e interessados em partilhar os cuidados do bebé e que também eles têm muitas dúvidas, seria importante criar grupos de pós-parto de apoio a pais (homens) onde estivesse contemplado o ensino da massagem do bebé e perceber se existem diferenças entre grupos de pais e mães. Por fim e sabendo através da revisão da literatura que o primeiro ano de vida do bebé é um ano de grandes transformações, será que se o apoio do pós-parto se prolongasse por mais tempo, os ganhos na relação mãe-bebé também seriam potenciados? Estas são algumas ideias para estudos futuros.

Como conclusão podemos dizer que os resultados obtidos neste estudo foram muito positivos, a massagem do bebê e o apoio no pós-parto é um veículo facilitador da relação mãe-bebê e por isso a sua continuidade é fundamental como estratégia a desenvolver junto das novas famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alto Comissariado da Saúde (2009). *Estratégias de Saúde em Portugal - Plano Nacional da Saúde 2004-2010*. Consultado em Abril 2009, [http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2009/02/estrategiassaudeportugal\\_pns\\_04-10\\_partei-i.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2009/02/estrategiassaudeportugal_pns_04-10_partei-i.pdf)
- Arditi, H., Feldman, R., & Eidelman, A. (2006). Effects of human contact and vagal regulation on pain reactivity and visual attention in newborns. *Developmental Psychobiology*, 48, 561-573.
- Bárcia, S., Veríssimo, M. (2010a). Avaliação das Atitudes relativas à maternidade: Adaptação do Childbearing Attitudes Questionnaire (CAQ- Ruble, Fitzmaurice, Stangor, & Deutsch, 1990). *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28(1), 89-107.
- Bárcia, S., Veríssimo, M. (2010b). Como ser mãe/pai de um bebé: Adaptação do What Being the Parent of a Baby is Like (Pridham, 1991). Não publicado.
- Bárcia, S., & Veríssimo, M. (2008). Avaliação da Satisfação Parental: Adaptação do Parental Satisfaction scale (C. F. Halverson & H. P. Duke, 1991). In A. P. Machado, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & Vera Ramalho (Eds), *Actas da XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- Bates, J. (1989). Concepts and measures of temperament. In G. Kohnstamm, J. Bates, & M. Rothbart (Eds.). *Temperament in childhood* (pp. 3-26). Oxford: Wiley.
- Bates, J., & Bayles (1984). Objective and subjective components in mother's perception of their children from age 6 months to three years. *Merril-Palmer Quarterly*, 30, 111-130.
- Bates, J., & Pettit, G. (2007). Temperament, parenting, and socialization. In J. Grusec & P. Hastings (Eds.). *Handbook of socialization: theory and research*. New York: Guilford Press.
- Beck, M. (1999). *Theory and practice of therapeutic massage* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Milady's.
- Beider, S., Mahrer, N., & Gold, J. (2007). Pediatric massage therapy: an overview for clinicians. *Pediatric Clinics of North America*, 54, 1025-1041.
- Beider, S., & Moyer, C. (2007). Randomized controlled trials of pediatric massage: a review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 4, 23-34.

- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development, 55*, 83-96.
- Belsky, J., Sligo, J., Jaffee, S., & Woodward, L. (2005). Intergenerational transmission of warm-sensitive-stimulating parenting: a prospective study of mothers and fathers of 3-years-olds. *Child Development, 76*(2), 384- 396.
- Blunk, E., & Williams, S. (1999). A comparison of adolescent and adult mothers' maternal separation anxiety. *Social Behavior and Personality, 27*(3), 281-288.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. Vol 1: Attachment. London: Hogarth Press (Obra original publicada 1969).
- Borjesson, B., Paperin, C., Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing, 45*(6), 588-594.
- Bornstein, M., Hendricks, C., Hahn, C.S., Haynes, O., Painter, K., & LeMonda, C. (2003). Contributors to self-perceived competence, satisfaction, investment, and role balance in maternal parenting: a multivariate ecological analysis. *Parenting: Science and Practice, 3*(4), 285- 326.
- Bradley, R., & Corwyn, R. (2008). Infant temperament, parenting, and externalizing behavior in first grade: a test of the differential hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(2), 124-131.
- Brage Hudson, D., Campbell-Grossman, C., Elek, S., Fleck, M., & Shipman, A. (2003). Effects of the new parents network on first-time fathers' parenting satisfaction during the transition to parenthood. *Comprehensive Pediatric Nursing, 26*, 217-229.
- Brage Hudson, D., Elek, S., & Fleck, M. (2001). First- time mothers' and fathers' transition to parenthood: infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing, 24*, 31-43.
- Brazelton, T.B. (2004). *O grande livro da criança* (7ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T.B., & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Bretherton, I. (1997). Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child and Human Development, 28*(1), 33-43.

- Canavarro, M. (2006). Gravidez e maternidade: representações e tarefas do desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17-49). (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Cappuccini, G., & Cochrane, R. (2000). Life with the first baby: women's satisfaction with the division of roles. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(3), 189- 202.
- Cassidy, J. (2000). The complexity of the caregiving system: a perspective from attachment theory. *Psychological Inquiry*, 11, 86-91.
- Ceballo, R., Lansford, J., Abbey, A., & Stewart, A. (2004). Gaining a child: Comparing the experiences of biological parents, adoptive parents, and stepparents. *Family Relations*, 53(1), 38- 48.
- Cifra, H., & Sancho, M. (2004). Massage therapy with preterm infants and children with chronic illness. In T. Field (Ed.). *Touch and massage in early development*. (pp. 211-226). Johnson & Johnson Pediatric Institute, L.L.C.
- Clarke, C., Gibb, C., Hart, J., & Davidson, A. (2002). Infant massage: developing an evidence base for health visiting practice. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 6, 121-128.
- Cole, M. & Cole, S. (2001). *The development of children* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Worth publishers.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Cowdery, R., & Knudson-Martin. (2005). The construction of motherhood: tasks, relational connection, and gender equality. *Family Relations*, 54, 335- 345.
- Cox, M., Owen, M., Lewis, J., Riedel, C., Scalf-McIver, L., & Suster, A. (1985). Intergenerational influences on the parent-infant relationship in the transition to parenthood. *Journal of Family Issues*, 6, 543- 564.
- Crockenberg, S., & McCluskey, K. (1986). Change in maternal behavior during the baby's first year of life. *Child Development*, 57, 746-753.
- Cronin, C. (2003). First-time mothers their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 260-267.

- Cutrona, C. & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament and parenting self-efficacy: a meditational model of postpartum depression. *Child Development, 57*, 1507-1518.
- DeMeiss, D. , Hock, E., & McBride, S. (1986). The balance of employment and motherhood: longitudinal study of mothers' feelings about separation from their first-born infant. *Developmental Psychology, 22*(5), 627-632.
- Deutsch, F., Ruble, D., Fleming, A., Brooks-Gunn, J., & Stangor, C. (1988). Information-seeking and maternal self-definition during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(3), 420-431.
- Diego, M., Field, T., & Hernandez-Reif, M. (2005). Vagal activity, gastric motility, and weight gain in massaged preterm neonates. *Journal of Pediatrics, 147*, 50-55.
- Diego, M., Field, T., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., Ascencio, A., & Begert, G. (2007). Preterm infant massage elicits consistent increases in vagal activity and gastric motility that are associated with greater weight gain. *Acta Paediatrica, 96*(11), 1588-1591.
- Diego, M., Field, T., Hernandez-Reif, M., Shaw, K., Friedman, L., & Ironson, G. (2001). HIV adolescents show improved immune function following massage therapy. *International Journal of Neuroscience, 106*, 35-45.
- Dieter, J., Field, T., Hernandez-Reif, M., Emory, E., & Redzepi, M. (2003). Stable preterm infants gain more weight and sleep following 5 days of massage therapy. *Journal of Pediatric Psychology, 28*(6), 403-411.
- Egeland, B., & Farber, E. (1984). Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Child Development, 55*, 753-771.
- Eisenberg, N., Vaughn, J., & Hofer, C. (2009). Temperament, self-regulation, and peer social competence. In K. Rubin, W. Bukowski, & B. Laursen (Eds.). *Handbook of peer interaction, relationships and groups* (pp. 473- 489). New York: Guilford Press.
- Elek, S., Brage Hudson, D. & Bouffard, C. (2003). Marital and parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: the effect of infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing, 26*, 45-67.
- Emery, B., & Lloyd, S. (2001). The evolution of family studies research. *Family and Consumer Sciences Research Journal, 30*(2), 197-222.

- Erdwins, C., Buffardi, L., Casper, W., O'Brien, A. (2001). The relationship of women's role strain to social support, role satisfaction, and self-efficacy. *Family Relations*, 50(3), 230-238.
- Eurostat (Statistical Office of the European Communities). Consultado em Março de 2008. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,39140985&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies\\_new\\_population&root=Yearlies\\_new\\_population/C/C1/C13/cab10512](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C13/cab10512).
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 176- 191.
- Feijó, L., Hernandez-Reif, M., Field, T., Burns, W., Valley-Gray, S., & Simco, E. (2006). Mothers' depressed mood and anxiety levels are reduced after massaging their preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 29, 476-480.
- Ferber, S. (2004a). Massage therapy and sleep-wake rhythms in the neonate. In T. Field (Ed.). *Touch and massage in early development*. (pp. 183-189). Johnson & Johnson Pediatric Institute, L.L.C.
- Ferber, S. (2004b). The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity. *Early Human Development*, 79, 65-75.
- Ferber, S., Feldman, R., Kohelet, D., Kuint, J., Dollberg, S., Arbel, E., & Weller, A. (2005). Massage therapy facilitates mother-infant interaction in premature infants. *Infant Behavior and Development*, 28, 74-81.
- Ferber, S., Kuint, J., Feldman, R., Dollberg, S., Arbel, E., & Kohelet, D. (2002a). Massage therapy by mothers and trained professionals enhances weight gain in preterm infants. *Early Human Development*, 67, 37-45.
- Ferber, S., Laudion, M., Kuint, J., Weller, A., & Zisapel, N. (2002b). Massage therapy by mothers enhances adjustment of circadian rhythms to the nocturnal period in full-term infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 410-415.
- Field, T. (1988). Stimulation of preterm infants. *Pediatrics in review*, 10(5), 149-153.
- Field, T. (1995). Massage therapy for infants and children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16(2), 105-111.

- Field, T. (1998). Massage therapy effects. *American Psychologist*, 53, 1270-1281.
- Field, T. (2000). *Touch therapy*. London: Churchill Livingstone.
- Field, T. (2001a). *Touch*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- Field, T. (2001b). Massage therapy facilitates weight gain in preterm infants. *Psychological Science*, 10(2), 51-54.
- Field, T. (2002). Massage therapy. *Medical Clinics of North America*, 86, 163-171.
- Field, T. (2004). The importance of touch. In T. Field (Ed.). *Touch and massage in early development*. ( pp.ix-xii). Johnson & Johnson Pediatric Institute, L.L.C.
- Field, T. (2006). *Massage therapy research*. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Field, T. (2007). *The amazing infant*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Field, T., Cullen, C., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Sprinz, P., Beebe, K. et al (2001). Leukemia immune changes following massage therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 5, 271-274.
- Field, T., Delage, J., & Hernandez-Reif, M. (2003a). Movement and massage therapy reduce fibromyalgia pain. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 7, 49-52.
- Field, T., & Diego, M. (2008). Vagal activity, early growth and emotional development. *Infant Behavior and Development*, 31, 361-373.
- Field, T., Diego, M., Cullen, C., Hartshorn, K., Gruskin, A., Hernandez-Reif, M., & Sunshine, W. (2004c). Carpal tunnel syndrome symptoms are lessened following massage therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 7, 49-52.
- Field, T., Diego, M., Cullen, C., Hernandez-Reif, M., Sunshine, W., & Douglas, S. (2002a). Fibromyalgia pain and substance P decrease and sleep improves after massage therapy. *Journal of Clinical Rheumatology*, 8, 72-76.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2004d). Massage therapy effects on depressed pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 115-122.
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2007). Massage therapy research. *Developmental Review*, 27, 75-89.

- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2009). Depressed mothers' infants are less responsive to faces and voices. *Infant Behavior and Development, 32*, 239-244.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Figueiredo, B. (2006a). Moderate versus light pressure massage therapy leads to greater weight gain in preterm infants. *Infant Behavior & Development, 29*(4), 574-578.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Salman, F., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2002b). Prenatal anger effects on the fetus and neonate. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 22*(3), 260-266.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2003b). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety, 17*, 140-151.
- Field, T., Grizzle, N., Scafidi, F., Abrams, S., Richardson, S., Kuhn, C., & Schanberg, S. (1996a). Massage therapy for infants of depressed mothers. *Infant Behavior & Development, 19*, 107-112.
- Field, T., & Hernandez-Reif, M. (2001). Sleep problems in infants decrease following massage therapy. *Early Child Development and Care, 168*, 95-194.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., & Diego, M. (2004a). The importance of touch. In T. Field (Ed.). *Pregnancy, labor and infant massage*. (pp.99-113). Johnson & Johnson Pediatric Institute, L.L.C.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Feijó, L., Vera, Y., & Gil, K. (2004b). Massage therapy by parents improves early growth and development. *Infant Behavior and Development, 27*(4), 435-442.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Feijó, L., & Freedman, J. (2005a). Prenatal, perinatal and neonatal stimulation: a survey of neonatal nurseries. *Infant Behavior and Development, 29*, 24-31.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Quintino, O., Schanberg, S., & Kuhn, C. (1998b). Elder retired volunteers benefit from giving massage therapy to infants. *The Journal of Applied Gerontology, 17*(2), 229-239.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Seligman, S., Krasnegor, J., Sunshine, W., Rivas-Chacon, R., et al (1997a). Juvenile rheumatoid arthritis: benefits from massage therapy. *Journal of Pediatric Psychology, 22*, 607-617.

- Field, T., Hernandez-Reif, M., Taylor, S., Quintino, O., Burman, I., Kuhn, C., & Schanberg, S. (1997b). Labor pain is reduced by massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *18*, 286-291.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Vera, Y., Gil, K., Diego, M., Bendell, D., & Yando, R. (2005b). Anxiety and anger effects on depressed mother-infant spontaneous and imitative interactions. *Infant Behavior and Development*, *28*, 1-9.
- Field, T., Kilmer, T., Hernandez-Reif, M. (1996). Preschool children's sleep and wake behavior: effects of massage therapy. *Early Child Development and Care*, *120*, 39-44.
- Field, T., Peck, M., Hernandez-Reif, M., Krugman, S., Burman, I., & Ozment-Schenck, L. (2000). Postburn itching, pain, and psychological symptoms are reduced with massage therapy. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, *21*, 189-193.
- Field, T., Peck, M., Krugman, S., Tuchel, T., Schanberg, S., Kuhn, C., & Burman, I. (1998a). Burn injuries benefit from massage therapy. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, *19*, 241-244.
- Field, T., Schanberg, S., Scafidi, F., Bauer, C., Vega-Lahr, N., Garcia, R., Nystrom, J., & Kuhn, C. (1986). Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Pediatrics*, *77*, 654- 658.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial da vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la salud*, *3* (3), 521-539.
- Figueiredo, B. (2007). Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, *38*, 29- 38.
- Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A.(2005). Envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, *36* (2/3), 121-131.
- Fleming, A., Ruble, D., Flett, G., & Van Wagner, V. (1990). Adjustment in first-time mothers: Changes in mood and mood content during the early postpartum months. *Developmental Psychology*, *26*(1), 137- 143.
- Francis-Connolly, E. (2000). Toward understanding of mothering: a comparison of two motherhood stages. *The American Journal of Occupational Therapy*, *54*(3), 281-289.

- Freysinger, V. (1994). Leisure with children and parental satisfaction: further evidence of a sex difference in the experience of adult roles and leisure. *Journal of Leisure Research, 26*(3), 212-226.
- Gardner, M., & Deatrick, J. (2006). Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. *Comprehensive Pediatric Nursing, 29*, 25-44.
- Gjerdingen, D., & Center, B. (2005). First-time parents' postpartum changes in employment, childcare, and housework responsibilities. *Social Science Research, 34*, 103-116.
- Glade, A., Bean, R., & Vira, R. (2005). A prime time for marital/ relational intervention: a review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *The American of Family Therapy, 33*, 319- 336.
- Glover, V., Onozawa, K., & Hodgkinson, A. (2002). Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. *Seminars in Neonatology, 7*(6), 495-500.
- Goetting, A. (1986). Parental satisfaction: A review of research. *Journal of Family Issues, 7*, 83-109.
- Goldsmith, H., Buss, A., Plomin, R., Rothbart, M., Thomas, A., Chess, S., Hinde, R., & McCall, R. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development, 58*, 505-529.
- Goldstein, L., Diener, M., & Mangelsdorf, S. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology, 10*(1), 60- 71.
- Gottfried, A., & Gottfried, A. (2006). A long-term investigation of the role of maternal and dual-earner employment in children's development. The Fullerton longitudinal study. *American Behavioral Scientist, 49*(10), 1310-1327.
- Grace, J. (1993). Mothers' self-reports of parenthood across the first 6 months postpartum. *Research in Nursing & Health, 16*(1), 431-439.
- Graham, C., Fischer, J., Crawford, D., Fitzpatrick, J., & Bina, K.(2000). Parental status, social support, and marital adjustment. *Journal of Family Issues, 21*, 888- 905.
- Gray, L., Watt, L., & Blass, E. (2000). Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics, 105*, 1-6. Retrieved June 12, 2007, from <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/105/1/e14>

- Grossman, K. (1999). Old and new internal working models of attachment: the organization of feelings and language. *Attachment & Human Development, 1* (3), 253-269.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação - conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi.
- Guibaldi, J., & Cleminshaw, H. (1985). The development of the Cleminshaw-Guidubaldi parent satisfaction scale. *Journal of Clinical Child Psychology, 14*(4), 293-298.
- Hakulinen, T., Laipala, P., & Paunonen, M. (1998). Relationship between infant temperament, demographic variables, and family dynamics of childrearing families. *Journal of Advanced Nursing, 27*, 458-465.
- Heinecke, C., Diskin, S., Ramsey-Kleen, D., & Given, K. (1983). Pre-birth parent characteristics and family development in the first year of life. *Child Development, 54*, 194- 208.
- Heinecke, C. (1984). Impact of pre-birth parent personality and marital functioning on family development: a framework and suggestions for further study. *Developmental Psychology, 20*, 1044-1053.
- Henderson, H., Wachs, T. (2007). Temperament theory and the study of cognition-emotion interactions across development. *Developmental Review, 27*, 396-427.
- Henry, C., & Peterson, G. (1995). Adolescent social competence, parental qualities, and parental satisfaction. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*(2), 249-262.
- Hernandez-Reif, M., Dieter, J., Field, T., Swerdlow, B., & Diego, M. (1998). Migraine headaches are reduced by massage therapy. *International Journal of Neurosciences, 96*, 1-11.
- Hernandez-Reif, M., Field, T., Ironson, G., Beutler, J., & Vera, Y. (2005). Natural killer cells and lymphocytes increase in women with breast cancer following massage therapy. *International Journal of Neurosciences, 115*, 495-510.
- Hernandez-Reif, M., Field, T., Ironson, G., Hurley, J., Katz, Diego, M., et al (2004). Breast cancer patients have improved immune and neuroendocrine functions following massage therapy. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 45-52.
- Hernandez-Reif, M., Field, T., Krasnegor, J., & Theakston, H. (2001a). Lower back pain is reduced and range of motion increased after massage therapy. *International Journal of Neurosciences, 106* (3-4), 131-45.

- Hernandez-Reif, M., Field, T., Largie, S., Hart, S., Redzepi, M., Nierenberg, B., & Peck, T. (2001b). Children's distress during burn treatment is reduced by massage therapy. *Journal of Burn Care Rehabilitation, 22*(2), 191-195.
- Himsel, A., & Goldeberg, W. (2003). Social comparisons and satisfaction with the division of housework: implications for men's and women's role strain. *Journal of Family Issues, 24*(7), 843-866.
- Hock, E., Lutz, W. (1998). Psychological meanings of separation anxiety in mothers and fathers. *Journal of Family Psychology, 12*, 41- 55.
- Hock, E., & DeMeiss, D. (1990). Depression in mothers of infants: the role of maternal employment. *Developmental Psychology, 26*(2), 285-291.
- Hock, E., Gnezda, M., & McBride, S. (1984). Mothers of infants: attitudes toward employment and motherhood following birth of first child. *Journal of Marriage and the Family, 46*, 425-431.
- Hock, E., McBride, S., & Gnezda, M. (1989). Maternal separation anxiety: mother- infant separation from the maternal perspective. *Child Development, 60*(3), 793- 802.
- Hock, E., & Schirtzinger, M. (1992). Maternal separation anxiety: its developmental course and relation to maternal mental health. *Child Development, 63*, 93- 102.
- Hoffman, L. (1989). Effects of maternal employment in the two-parent family. *American Psychologist, 44*, 283- 292.
- Holey, E. & Cook, E. (1999). *Therapeutic massage* (3<sup>rd</sup> ed.). London: W. B. Saunders.
- Holst, S., Lund, I., Petersson, M., & Uvnas-Moberg (2005). Massage-like stroking influences plasma levels of gastrointestinal hormones, including insulin, and increases weight gain in male rats. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical, 120*, 73-79.
- Hsu, H-C. (2004). Antecedents and consequences of separation anxiety in first-time mothers: infant, mother, and social-contextual characteristics. *Infant Behavior & Development, 27*, 113-133.
- Hsu, H-C., & Sung, J. (2008). Separation anxiety in first-time mothers: infant behavioural reactivity and maternal parenting self-efficacy as contributors. *Infant Behavior and Development, 31*, 294-301.

- Hudson, D., Elek, S., & Fleck, M. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: infant self-efficacy, parenting satisfaction and infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 31- 43.
- Hwang, J., & Rothbart, M. (2003). Behavior genetics studies of infant temperament: Findings vary across parent-report instruments. *Infant Behavior & Development*, 26(1), 112-114.
- Hyde, J., Else-Quest, N., Goldsmith, H., Biesanz, C. (2004). Children's temperament and behaviour problems predict their employed mothers' work functioning. *Child Development*, 75(2), 580- 594.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Mulheres e Homens em Portugal nos Anos 90*. Consultado em Março de 2008, [http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_INE/Estudos?ESTUDOSest\\_boui=106436&ESTUDOSmodo=2](http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Estudos?ESTUDOSest_boui=106436&ESTUDOSmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística (2007). *Anuário Estatístico de Portugal*. Consultado em Maio de 2009, [www.ine.pt](http://www.ine.pt).
- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas demográficas - 2007*. Consultado em Março de 2008, [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=30752040&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=30752040&PUBLICACOESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Homens & Mulheres em Portugal*. Consultado em Maio de 2010, [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=87769374&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=87769374&PUBLICACOESmodo=2)
- Ironson, G., Field, T., Scafidi, F., Hashimoto, M., Kumar, M., Kumar, A., et al (1996). Massage therapy is associated with enhancement of the immune system's cytotoxic capacity. *International Journal of Neuroscience*, 84, 205-217.
- Isabella, R., & Belsky, J. (1985). Marital change during the transition to parenthood and security of infant-parent attachment. *Journal of Family Issues*, 6, 505- 522.
- Ishii-Kuntz, M., & Ihinger-Talman, M. (1991). The subjective well-being of parents. *Journal of Family issues*, 12, 56-68.

- Jean, A., & Stack, D. (2009). Functions of maternal touch and infants' affect during face-to-face interactions: New directions for the still-face. *Infant Behavior and Development*, 32, 123-128.
- Johnston, C., & Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167- 175.
- Jones, N., Field, T., & Almeida, A. (2009). Right frontal EEG asymmetry and behavioural inhibition in infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 32, 298-304.
- Kagan, J., Fox, N. (2006). Biology, culture, and temperamental biases. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. Lerner (Ed.). *Handbook of child psychology: social, emotional, and personality development* (vol. III, pp. 167-189). (6<sup>th</sup> ed.). New Jersey: John Wiley & sons.
- Kaitz, M., & Katzir, D. (2004). Temporal changes in the affective experience of the new parents and their spouses. *Infant Mental Health Journal*, 25(6), 540- 555.
- Kiehl, E., Carson, D., & Dykes, A-K. (2007). Adaptation and resiliency in swedish families. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 329-337.
- Kim, T., Shin, Y., & White-Traut, R. (2003). Multisensory intervention improves physical growth and illness rates in Korean orphaned newborn infants. *Research in Nursing and Health*, 26, 424-433.
- Kivijardi, M., Raiha, H., Kalkonen, A., Tamminen, T., & Piha, J. (2005). Infant temperament and maternal sensitivity behavior in the first year of life. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 421-428.
- Klaus, M., Kennell, J. & Klaus, P. (2000). *Vinculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Knauth, D. (2000). Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing and Health*, 23, 496- 509.
- Knauth, D. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), 169-184.
- Kuhn, C., & Schanberg, S. (1998). Responses to maternal separation: mechanisms and mediators. *International Journal of Developmental Neurosciences*, 16(3-4), 261- 270.

- Lappin, G., & Kretscner, R. (2005). Applying infant massage practices: a qualitative study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 355-367.
- Lawrence, E., Nylén, K., & Cobb, R. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 155-164.
- Leal, I. (2006). O feminino e o materno. In M.C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.51-74). (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Leboyer, F. (1998). *Shantala: uma arte tradicional - massagem para bebês* (7ª ed.). São Paulo: Ground. (Tradução do original em francês *Shantala, un art traditionnel- le massage des enfants*, 1976, Seul).
- Leite, R., & McHenry, P. (2002). Aspects of father status and postdivorce involvement with children. *Journal of Family Issues*, 23(5), 601-623.
- Lerner, J. & Galambos, N. (1985). Maternal role satisfaction, mother-child interaction, and child temperament: a process model. *Development Psychology*, 21(6), 1157-1164.
- Lewis, C., & Lamb, M. (2003). Fathers' influences on children's development: the evidence from two-parent families. *European Journal of Psychology of Education*, 23(2), 211-228.
- Liaw, J. J. (2000). Tactile stimulation and preterm infants. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 14(1), 84-103.
- Lipsitt, L. (1995). Experiências precoces e comportamentos do bebê XXI. In J. Gomes-Pedro, & M. Patrício (Org.). *Bebé XXI* (pp. 201-212). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Liu, W., Laudert, S., Perkins, B., MacMillan-York, E., Martin, S., & Graven, S. The development of potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology*, 27, S48-S74.
- Lowinger, S. (1999). Infant irritability and early mother-infant reciprocity patterns. *Infant and Child Development*, 8, 71- 84.
- Lund, I., Yu, L-C., Uvnas-Moberg, K., Wang, J., Yu, C., Kurosawa, M. et al (2002). Repeated massage-like stimulation induces long-term effects of nociception: contribution of oxytocinergic mechanisms. *European Journal of Neuroscience*, 16(2), 330-338.

- Luthar, S., Doyle, K., Suchman, N., & Mayes, L. (2001). Developmental themes in women's emotional experiences of motherhood. *Development and Psychopathology, 13*, 165-182.
- Lutz, W., & Hock, E. (1994). Maternal separation anxiety: relations to adult attachment representations in mothers and infants. *The Journal of Genetic Psychology, 156*, 57-72.
- Mainous, R. (2002). Infant massage as a component of developmental care: Past, Present and Future. *Holistic Nursing Practice, 16*(5), 1-7.
- McBride, S., & Belsky, J. (1988). Characteristics, determinants, and consequences of maternal separation anxiety. *Developmental Psychology, 24*, 407-414.
- McClure, V. (2001). *Infant Massage – a handbook for loving parents*. London: Souvenir Press.
- Meaney, M., Aitzen, D., Bhatnagar, S., Bodnoff, S., Mitchell, J., & Sarrieau, A. (1990). Neonatal handling and development of the adrenocortical response to stress. In N. Gunzenhauser (Ed.). *Advances in touch: new implications in human development* (Vol. 14, Pediatric Round Table Series, pp.11-22). Johnson & Johnson Consumer Products, Inc.
- Menéndez, S., Salgado, C., & Hidalgo, V. (1996, August). *Social support and parent's satisfaction during the transition to parenthood*. Paper presented at the 14 th Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioural Development, Quebec.
- Mercer, R. (1986). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. New York: Springer.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship, 36*, 226-232.
- Mercer, R. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric and Neonatal Nurses, 35*(5), 649-651.
- Mercer, R., & Ferketich, S. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing Research, 43*(1), 38-43.

- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional da Saúde 2004-2010*. Consultado em Abril de 2009, <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/>
- Minton, C., & Pasley, K. (1996). Fathers' parenting role identity and father involvement: a comparison of nondivorced and divorced, non-resident fathers. *Journal of Family Issues*, 17(1), 26- 45.
- Montagu, A. (1988). *Tocar - O significado Humano da Pele* (7ª ed.). São Paulo: Sumnus. (Tradução do Original em Inglês *Touching - The Human significance of the Skin*, 1971, Seul).
- Montagu, A. (1995). Animadversions on the development of a theory of touch. In T. Field (Ed.). *Touch in early development*. (pp. 1-18). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Monteiro, L., Veríssimo, M., Castro, R., & Oliveira, C. (2006). Partilha da responsabilidade parental. Realidade ou expectativa?. *Psychologica*, 42, 185-212.
- Moraska, A., Pollini, R., Boulanger, K., Brooks, M., & Teitlebaum, L. (2008). Physiological adjustments to stress measures following massage therapy: a review of the literature. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Retrived from (2009) <http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/content/full/nen029>
- Morgan, K., & Hock, E. (1984). A longitudinal study of psychosocial variables affecting the career patterns of women with young children. *Journal of Marriage and the Family*, 383-390.
- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 399-413.
- Moyer, C., Rounds, J. & Hannum, J. (2004). A Meta-Analysis of massage therapy research. *Psychological Bulletin*, 130(1), 3-18.
- Muris, P., & Ollendick, T. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopatology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 271-289.
- Murray, L. (1992). The impact of post natal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 543-561.

- Nichols, F., & Humenick, S. (2000). *Childbirth education-practice, research and theory*. (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Oates, D., & Heinecke, C. (1985). Prebirth prediction of the mother-infant interaction: the first year of life. *Journal of Family Issues*, 6(4), 523- 542.
- O'Higgins, M., Roberts, I., Glover, V. (2007). Postnatal depression and mother and infant outcomes after infant massage. *Journal of Affective Disorders*, 109(1-2), 189-192.
- Oliveira, I. (2007). Fecundidade e Educação. *Revista de Estudos demográficos*, 40, 5-19. Consultado em Maio de 2010, [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=5918957&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=5918957&DESTAQUESmodo=2)
- Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N., & Kumar, C. (2001). Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63, 201-207.
- Ottenbacher, K., Muller, L., Brandt, D., Heintzelman, A., Hojem, P., & Sharpe, P. (1987). The effectiveness of tactile stimulation as a form of early intervention: a quantitative evaluation. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8(2), 68-76.
- Ozgun, O. & Honig, A. (2005). Parental involvement and spousal satisfaction with division of early childcare in turkish families with normal children and children with special needs. *Early Child Development and Care*, 175(3), 259-270.
- Pancer, S., Pratt, M., Hunsberger, B., & Gallant, M. (2000). Thinking ahead: Complexity of expectations and the transition to parenthood. *Journal of Personality*, 68(2), 253-280.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Paulussen-Hoogeboom, M., Stams, G., Hermanns, J. , & Peetsma, T. (2008). Relations among child negative emotionality, parenting stress, and maternal sensitive responsiveness in early childhood. *Parenting*, 8, 1-16.
- Peláez-Nogueras, M., Field, T., Hossain, Z., & Pickens, J. (1996). Depressed mothers' touching increases infants' positive affect and attention in still-face interactions. *Child Development*, 67, 1780-1792.

- Perrone, K., Webb, L., & Jackson, Z. (2007). Relationships between parental attachment, work and family roles, and life satisfaction. *The Career Development Quarterly*, 55, 237- 248.
- Pittman, J., & Lloyd, S. (1988). Quality of family life, social support and stress. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), 53-67.
- Pittman, J., Wright, C., & Lloyd, S. (1989). Predicting parenting difficulty. *Journal of Family Issues*, 10(1), 267-286.
- Pizur-Barnekow, K. (2006). Maternal attitudes and self-definition as related to perceptions of infant temperament. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(5), 494- 499.
- Porter, L., & Hsu, H. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54-64.
- Pridham, K., & Chang, A. (1992). Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 204- 216.
- Pridham, K., Chang, A., & Chiu, Y.M. (1994). Mothers' appraisals: the contribution of perceived infant temperament. *Research in Nursing & Health*, 17, 381- 392.
- Pridham, K., Lin, C.H., & Brown, R. (2001). Mothers' evaluation of their caregiving for premature and full-term infants through the first year: contributing factors. *Research in Nursing & Health*, 24, 157-169.
- Ragozin, A., Basham, R., Crnic, K., Greenberg, M., & Robinson, N. (1982). Effects of maternal age on parenting role. *Developmental Psychology*, 18, 627- 634.
- Reece, S., & Harkless, G. (1998). Self-efficacy, stress, and parental adaptation: Applications to the care of childbearing families. *Journal of Family Nursing*, 4(2), 198-215.
- Reiter, M. (1990). Effects of touch on the immune system. In N. Gunzenhauser (Ed.). *Advances in touch: new implications in human development* (Vol. 14, Pediatric Round Table Series, pp.22-31). Johnson & Johnson Consumer Products, Inc.
- Renk, K., Roberts, R., Roddenberg, A., Luick, M., Hillhouse, S., Meehan, C. Oliveros, A., & Phares, V. (2003). Mothers, fathers, gender role, and time parents spend with their children. *Sex Roles*, 48 (7/8), 305-315.

- Rieser-Danner, L., Roggman, L., & Langlois, J. (1987). Infant attractiveness and perceived temperament in the prediction of attachment classifications. *Infant Mental Health Journal, 8*, 144-155.
- Rogers, S., & White (1998). Satisfaction with parenting: the role of marital happiness, family structure, and parents' gender. *Journal of Marriage and the Family, 60*(2), 293-308.
- Rothbart, M. (1986). Longitudinal Observation of infant temperament. *Developmental Psychology, 22*(3), 356-365.
- Rothbart, M. (2004). Commentary: Differentiated measures of temperament and multiple pathways to childhood disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology, 33*, 82-87.
- Rothbart, M., & Bates, J. (2006). Temperament. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology: Vol. 3 social, emotional, and personality development* (pp. 99-166). (6<sup>th</sup> ed.). New York: Wiley.
- Rothbart, M., & Hwang, J. (2002). Measuring infant temperament. *Infant Behavior & Development, 25*, 113-116.
- Ruble, D., Fleming, A., Stangor, C., Brooks-Gunn, J., Fitzmaurice, G., & Deutsch, F. (1990). Transition to motherhood and the self: measurement, stability, and change. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(3), 450-463.
- Sabatelli, R., & Waldron, R. (1995). Measurement issues in the assessment of the experiences of parenthood. *Journal of Marriage and the Family, 57*, 969-980.
- Scafidi, F., & Field, T. (1996). Massage therapy improves behaviour in neonates born to HIV-positive mothers. *Journal of Pediatric Psychology, 21*, 889-897.
- Scafidi, F., Field, T., Schanberg, S., Bauer, C., Tucci, K., Roberts, J., et al. (1990). Massage stimulates growth in preterms infants: a replication. *Infant Behavior and Development, 13*, 167-188.
- Schanberg, S. (1995). The genetic basis for touch effects. In T. Field (Ed.) *Touch in early development* (pp. 67-79). New York: Psychology Press.
- Schanberg & Field (1987). Sensory deprivation stress and supplemental stimulation in the rat pup and preterm neonate. *Child development, 10*, 199-212.

- Schanberg, S., Kuhn, C., Field, T., & Bartolome, J. (1990). Maternal deprivation and growth suppression. In N. Gunzenhauser (Ed.). *Advances in touch: new implications in human development* (Vol. 14, Pediatric Round Table Series, pp.3-10). Johnson & Johnson Consumer Products, Inc.
- Scher, A, HersHKovitz, R., & Harel, J. (1998). Maternal separation anxiety in infancy: precursors and outcomes. *Child Psychiatry and Human Development*, 29(2), 103-111.
- Schneider, E. (1996). The power of touch: massage for infants. *Infants & Young Children*, 8(3), 40-55.
- Seifer, R., Sameroff, A., Dickstein, S., Schiller, M., & Hayden, L. (2003). Your own children are special: Clues to the sources of reporting bias in temperament assessments. *Infant Behavior and Development*, 27, 323-41.
- Seifer, R., & Schiller, M. (1995). The role of parenting sensitivity, infant temperament, and dyadic interaction in attachment theory and assessment. In E. Waters, B. Vaughn, G. Posada, & K. Kondo-Ikemura, (Eds.). *Caregiving, Cultural and Cognitive Perspectives on Secure-Base Behavior and Working Models: New Growing Points of Attachment Theory and Research* (pp. 146-174). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60 (2-3 Serial No. 244).
- Stack, D. (2004). Touching during mother-infant interactions. In T. Field (Ed.). *Touch and massage in early development*. (pp.49-81). Johnson & Johnson Pediatric Institute, L.L.C.
- Stern, D. (1992). *Bebé – Mãe: Primeira relação humana*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Stevenson-Hinde, J. (2006). The interplay between attachment, temperament, and maternal style: a Madingley perspective. In K. E. Grossman, K. Grossman, & E. Waters (Eds.). *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies* (pp. 198-222). New York: Guilford Press.
- Stifter, C., Coulehan, C., & Fish, M. (1993). Linking employment to attachment: the mediating effects of maternal separation anxiety and interactive behaviour. *Child Development*, 64, 1451-1460.
- Sunshine, W., Field, T., Quintino, O., Fierro, K., Kuhn, C., Burman, I. et al. (1996). Fibromyalgia benefits from massage therapy and transcutaneous electrical stimulation. *Journal of Clinical Rheumatology*, 2, 18-22.

- Suomi, S. (1995). Touch and immune system in rhesus monkeys. In T. Field (Ed.). *Touch in early development*. (pp. 89-103). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Thomas, A., & Chess, S. (1982). The reality of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, 28, 1-20.
- Thompson, L., & Trevathan, W. (2008). Cortisol reactivity, maternal sensitivity, and learning in 3-month-old infants. *Infant Behavior & Development*, 31, 92-106.
- Tiedje, L., & Darling-Fisher, C. (1996). Fatherhood reconsidered: A critical review. *Research in Nursing and Health*, 19, 471-484.
- Touliatos, J., Pelmutter, B.F. & Holden, G.W. (Eds). (2001). *Handbook of family measurements techniques, vol. 2. Abstracts*. Sage Thousand Oaks.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: a description of primary subjectivity. In M. Bullowa (Ed.) *Before speech: the beginning of interpersonal communication* (pp. 321-347). Cambridge: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (2002). Commentary on Tiffany Field's paper Field, T.M. (1984). Early interactions between infants and their post-partum depressed mothers. *Infant Behaviour & Development*, 4, 517-522. *Infant Behavior & Development*, 25, 34-38.
- Tronick, E. (1995). Touch in mother-infant interaction. In T. Field (Ed.). *Touch in early development*. (pp. 53-65). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Tulman, L., & Fawcett, J. (1990). Maternal employment following childbirth. *Research in Nursing and Health*, 13, 181- 188.
- Umberson, D., & Gove, W. (1989). Parenthood and psychological well-being: theory, measurement, and stage in the family life course. *Journal of Family Issues*, 10(4), 440-462.
- Underdown, A., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2007). Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, 1-28.
- Uvnas-Moberg, K. (1996). Neuroendocrinology of the mother-child interaction. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 7(4), 126-130.

- Uvnas-Moberg, K. (2004). Massage, relaxation and well-being: a possible role for oxytocin as an integrative principle? In T. Field (Ed.). *Touch and massage in early development*. (pp. 191-204). Johnson & Johnson Pediatric Institute, L.L.C.
- Uvnas-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819-835.
- Uvnas-Moberg, K., Widstrom, A. M., Marchini, G., & Winberg, J. (1987). Release of GI hormones in mother and infant by sensory stimulation. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 76(6), 851-60.
- Vaivre-Douret, L., Oriot, D., Blossier, P., Py, A., Kasolter-Péré, M., & Zwang, J. (2008). The effect of multimodal stimulation and cutaneous application of vegetable oils on neonatal development in preterm infants : a randomized controlled trial. *Child: care, health and development*, 35, 96-105-
- Vaughn, B., & Boost, K. (1999). Attachment and temperament: redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development? In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 198-225). New York: Guilford Press.
- Vaughn, B., Bost, K. & Van Ijzendoorn, M. (2008). Attachment and temperament: additive and interactive influences on behaviour, affect, and cognition during infancy and childhood. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 192- 214). (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Veríssimo, M., Blicharski, T., Strayer, F., & Santos, A. (1995). Vinculação e estilos de comunicação da criança. *Análise Psicológica*, 1-2 (XIII), 145-155.
- Veríssimo, M., Monteiro, L., Santos, A.J., & Oliveira, C. (2008). Escala de ansiedade de separação materna. In A. P. Machado, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & Vera Ramalho (Eds), *Actas da XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- Veríssimo, M., Monteiro, L., Vaughn, B.E., Santos, A.J., & Waters, H. (2005). Coordenação entre o modelo interno dinâmico da mãe e o comportamento de base seguro dos seus filhos. *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 7-17.
- Vicary, J., & Corneal, D. (2001). A comparison of young women's psychosocial status based on age of their first childbirth. *Family & Community Health*, 24(2), 73-84.

- Vickers, A., Ohlsson, A., Lacy, J., & Horsley, A. (2004). Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth-weight infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 1- 42.
- Wachs, T. (1999). The what, why, and how of temperament: a piece of the action. In L. Balter, & C. Tamis-LeMonda (Eds.). *Child psychology: a handbook of contemporary issues* (pp.23-44). Philadelphia: Psychology Press.
- Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488.
- Weber, R. (1990). A philosophical perspective on touch. In K. E. Barnard & T.B. Brazelton (Eds.). *Touch: the foundation of experience (Clinical infant reports)* (pp.11-43). Johnson & Johnson Pediatric Round Table X. Madison: International Universities Press.
- Weiss, S., & Wilson, P., & Morrison, D. (2004). Maternal tactile stimulation and the neurodevelopment of low birth weight infants. *Infancy*, 5(1), 85-107.
- Wheeden, A., Scafidi, F., Field, T., Ironson, G., Valdeon, C., & Bandstra, E. (1993). Massage effects on cocaine-exposed preterm neonates. *Journal of Development Behavior*, 14, 318-322.
- White, L., & Booth, A. (1985). The transition to parenthood and marital quality. *Journal of Family Issues*, 6, 435- 449.
- Wicki, W. (1999). The impact of family resources and satisfaction with division of labour on coping and worries after the birth of the first child. *International Journal of Behavioral Development*, 23(2), 431-456.
- Winberg, J. (2005). Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behaviour - a selective review. *Developmental Psychobiology*, 47, 217-229.
- Winnicott, D. W. (2002). *Os bebês e suas mães* (2ªed.). São Paulo: Martins Fontes. (Tradução do original em inglês *Babies and their Mothers*, 1987, The Winnicott Trust).
- World Health Organization (Technical Working group). (1999). Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. *Birth*, 26(4), 255-258.

**ANEXO 1**

*AVALIAÇÃO DAS ATITUDES RELATIVAS À MATERNIDADE: ADAPATAÇÃO DO  
CHILDBEARING ATTITUDES QUESTIONNAIRE (CAQ - RUBLE, FITZMAURICE,  
STANGOR, & DEUTSCH, 1990)*

**ANEXO 2**

*AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL: ADAPTAÇÃO DO PARENTAL  
SATISFACTION SCALE (HALVERSON & DUKE, 1991)*

**ANEXO 3**

*TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO*

**ANEXO 4***FICHA DE CARACTERIZAÇÃO*

**ANEXO 5**

*MANUAL DAS SESSÕES DE PÓS-PARTO*

# AVALIAÇÃO DAS ATITUDES RELATIVAS À MATERNIDADE: ADAPTAÇÃO DO CHILD-BEARING ATTITUDES QUESTIONNAIRE (Ruble, Fitzmaurice, Stangor, & Deutsch, 1990) \*

Sónia Bárcia \*\*

Manuela Verissimo \*\*\*

## RESUMO

*A transição para a maternidade é uma fase de grande mudança na vida de qualquer mulher. Neste processo vários factores podem contribuir para que esta seja vivida de uma forma mais tranquila, tais como o suporte social, satisfação na relação matrimonial, conhecimentos inerentes à gravidez e pós-parto, autoconfiança, crenças e as atitudes relacionadas com a maternidade. O objectivo deste trabalho é de testar o instrumento Childbearing Attitudes Questionnaire na realidade portuguesa. A amostra é constituída por 241 mães com uma idade média de 30.95 anos, com uma média de 14.7 anos de escolaridade, maioritariamente estão casadas ou em união de facto (84,2%). Em relação à consistência interna da CAQ esta deu valores de alfa de Cronbach que variaram entre .59 e .69 nas 8 sub-escalas que fazem parte da escala. Encontraram-se correlações entre a idade e habilitações literárias da mãe, idade dos pais e número de filhos com algumas das sub-escalas. Assim como, as mães de meninas apresentam maiores preocupações maternas do que as mães de meninos. Este estudo revela que a versão da CAQ-Português (CAQ-P) pode ser uma medida válida e fiável para avaliar as atitudes relativas à maternidade. Instrumentos como este possibilitam aos profissionais de saúde desenvolver programas de apoio às famílias e sua avaliação.*

*Palavras-chave:* Atitudes na maternidade. Competências mãe. Imagem maternal. Instrumentos de medida. Suporte social.

\* Os autores gostariam de agradecer a todas as mães que aceitaram participar neste estudo, financiado em parte pela FCT (SFRH/BD/43580/2008).

\*\* Doutoranda Universidade Nova / ISPA – Instituto Universitário, Bolseira da FCT, UATLA.

\*\*\* Unidade de investigação em Psicologia Cognitiva do Desenvolvimento e da Educação, ISPA – Instituto Universitário. Directora Geral, ISPA – Instituto Universitário.

Ao longo do ciclo de vida o ser humano atravessa diversas fases na sua vida que representam períodos de grandes mudanças, tais como a entrada na escola, a puberdade, casamento, etc. (Ruble, Fleming, Stangor, Brooks-Gunn, Fitzmaurice, & Deutsch, 1990; Francis-Connely, 2000; Pancer, Pratt, Hunsberger, & Gallant, 2000). Contudo, para a mulher, a transição para a maternidade, é um dos períodos mais importantes e de grande transformação, acarreta grandes adaptações e mudanças do estilo de vida, assim como o desenvolvimento de novas regras, responsabilidades, padrões e rotinas (Grace, 1993; Goldstein, Diener, & Mangelsdorf, 1996; Elek, Hudson, & Bouffard, 2003). A esta nova fase estão subjacentes adaptações psicológicas nomeadamente a aquisição de novos papéis e respectiva adaptação, mudanças no estado de espírito e alterações nas interações sociais. É um período de aquisição de novos comportamentos e atitudes (Fleming, Ruble, Flett, & Van Wagner, 1990). Esta fase leva a mudanças sociais, biológicas, contextuais ou a introdução de novas regras (Ruble et al., 1990).

A maternidade foi vista durante alguns anos como uma relação instrumental entre a mãe e o bebé, mas os estudos mais recentes dão principal atenção à experiência da mãe e avaliam as interações sociais que emergem pelo facto da mulher representar este novo papel na sua vida (Francis-Connolly, 2000; Cowdery & Knudson-Martin, 2005). Desta forma, ser mãe não é algo inato que nasce quando nasce um bebé, mas sim algo que se vai construindo da interacção da mãe e do bebé (Luthar, Doyle, Suchman, & Mayes, 2001; Cowdery & Knudson-Martin, 2005).

Ser mãe, em particular se for o primeiro, é um momento muito gratificante, mas associado com momentos de grande stress, em particular os primeiros meses são aqueles que os autores referem como os de maior stress (Pridham & Chang, 1992; Goldstein, 1996). Associado a este evento há uma dualidade de sentimentos, positivos por um lado, pela concretização de um sonho e negativos por outro, ser capaz de desempenhar bem o seu novo papel de mãe. As novas competências levam a alterações tanto a nível físico como mental, na divisão de tarefas, na interacção social, na relação laboral e matrimonial (Cowan, Cowan, Heming, Garrett, Coysh, Curtis-Boles, & Boles III, 1985; White & Booth, 1985; Wicki, 1999; Cappuccini & Cochrane, 2000; Knauth, 2001; Ceballo, Lansford, Abbey, & Stewart, 2004; Gjerdingen & Center, 2005; Hsu, 2004; Glade, Bean, & Vira, 2005). Para Belsky (1984) existem três importantes factores que influenciam os comportamentos parentais: As características dos pais, por exemplo as características psicológicas, o comportamento da criança e as condições sócio contextuais, onde se incluem a rede social de suporte ou a estabilidade da relação matrimonial.

A transição para a maternidade e a adaptação psicológica inerente a este processo reflectem-se nas atitudes relativas à maternidade, em particular na auto-estima, nas relações interpessoais e nas atitudes para com a criança. Esta é mensurável através de instrumentos em que a mãe se auto avalia (Ruble et al., 1990).

Segundo Ruble et al. (1990), as atitudes das mães variam principalmente em duas fases, o final da gravidez e nos primeiros meses de puerpério, existindo diversos domínios que podem contribuir para estas alterações nomeadamente: suporte social, satisfação matrimonial, ansiedade, preocupações inerentes ao bem-estar do bebé, à gravidez e ao parto, a auto-confiança, a procura de informação na gravidez e no puerpério e as características que as mulheres pensam estar subjacentes à maternidade e que acreditam ser importantes para representar este novo papel.

### *Suporte social*

O suporte social é apontado pelos autores como um importante elemento na adaptação à maternidade, este permite aumentar o grau de satisfação, a disponibilidade da mãe para os filhos, uma interacção mais positiva entre a mãe e a criança, assim como na construção de uma relação de vinculação segura (Mercer & Ferketich, 1994; Goldstein et al., 1996; Feldman, 2000; Knauth, 2000; Pancer et al., 2000; Pridham, Lin, & Brown, 2001; Boernstein, Hendricks, Hahn, Haynes, Painter, Tamis-LeMonda, 2003; Kaitz & Katzir, 2004; Belsky, Sligo, Jaffee, Woodward, & Silva, 2005). Segundo Hill, Stein, Keenan, e Wakschlag (2006), não é tanto a situação de stress que a mãe vivência quando nasce um bebé, que interfere com o relacionamento da mãe-bebé, mas sim a disponibilidade emocional que permite que esta consiga dar uma resposta mais adequada ao seu bebé. As mães que recebem maior apoio social, em particular do marido e das mães, durante a gravidez e puerpério, adaptam-se de uma forma mais positiva à situação de grávida, parto e puerpério, do que as mulheres que não recebem apoio (Mercer & Ferketich, 1994; Goldstein et al., 1996; Wicki, 1999; Knauth, 2000; Pancer et al., 2000; Pridham et al., 2001; Cronin, 2003). A participação activa do companheiro nos cuidados pré e pós-natais é fundamental como primeiro apoio da mãe, este dado é importante para o desenvolvimento de programas onde se incentive a participação do pai nos cuidados do bebé (Warren, 2005). Os sintomas de depressão pós parto estão muitas vezes relacionados com o pouco apoio que a mãe tem nesta fase de grande transição, estes podem interferir com a capacidade da mãe para cuidar do seu bebé (Cutrona, 1984; Pridham & Chang, 1992).

### *Relação matrimonial*

Relativamente à relação matrimonial, as mães que têm uma melhor relação com o cônjuge têm uma relação mais segura com o bebé (Oates & Heinicke, 1985; Isabella & Belsky, 1985; Elek et al., 2003; Kaitz & Katzir, 2004). Os autores estão de acordo que existe uma diminuição da satisfação da relação quando nasce um bebé, no entanto apresentam diferentes períodos de crise, Isabella e Belsky (1985) destaca a fase que vai desde o último trimestre de gravidez até aos nove meses de idade do bebé, referindo que os primeiros três meses são os mais críticos. Knauth (2000) por seu lado refere que são os primeiros quatro meses, o período de maior instabilidade no casal e Wicki (1999), destaca os primeiros dois meses. Para os autores, existe uma fase de mudança e de adaptação que pode ir até ao fim do primeiro ano de vida do bebé (Isabella & Belsky, 1985; Wicki, 1999). Os casais que apresentam situações matrimoniais mais conflituosas tendem a ser mais negativos e intrusivos com os filhos (Cox, Burchinal, Taylor, Frosch, Goldman, & Kanoy, 2004).

### *Temperamento do bebé*

A fase inicial da maternidade é uma fase que as mães muitas vezes referem como difícil, em que se sentem assoberbadas de trabalho, muitas das vezes mesmo as mães que idealizam a divisão de tarefas quando o bebé nasce tendem a desempenhar todas as funções inerentes ao cuidar do bebé, desencorajando a ajuda do pai (Cowdery & Knudson-Martin, 2005) e apresentam sentimentos de culpa, pois não se identificam como mães perfeitas ou ideais. Estes sentimentos estão muitas vezes associados com o temperamento do bebé. Parece existir uma relação entre o temperamento do bebé e as atitudes da mãe, influenciando a interacção entre a mãe e o bebé (Belsky, 1984; Deutsch, Ruble, Fleming, Brooks-Gunn, & Strangor, 1988; Pridham & Chang, 1992; Pridham, Chang, & Chiu, 1994; Francis-Connolly, 2000; Pizur-Barnekow, 2006).

As mães que classificam os seus bebés que como tendo temperamentos mais difíceis, apresentam níveis mais baixos de auto-confiança, associado com maiores índices de depressão e ansiedade, assim como as estratégias de *coping* também se tornam menos eficazes (Fleming et al., 1990; Pridham & Chang, 1992; Porter & Hsu, 2003; Hyde, Else-Quest, Goldsmith, & Biensanz, 2004; Pizur-Barnekow, 2006). As mães que classificam os seus bebés como mais difíceis têm necessidade de os pegar mais e têm mais dificuldade em se separarem deles e os confiarem aos cuidados de outras pessoas (Lowinger, 1999; Hsu, 2004). A percepção que as mães têm do temperamento do bebé,

pode ser feita através dos níveis de sono e irritabilidade do bebé (Fleming et al., 1990; Pridham et al., 1994), da competência maternal e depressão (Hyde et al., 2004), eficácia da mãe nos primeiros três meses (Porter & Hsu, 2003), da regularização da amamentação e facilidade em acalmar o bebé (Pridham et al., 1994) e experiência com bebés (Pizur-Barnekow, 2006).

### *Nível de conhecimento*

A preparação para esta nova fase que é a maternidade, parece estar relacionada com o nível de conhecimento que a mãe adquire na gravidez e o facto de antecipar esta nova etapa da sua vida, uma melhor adaptação é predictiva da sensibilidade maternal e numa melhor adequação de resposta na interacção com o bebé (Heinecke, Diskin, Ramsey-Kleen, & Given, 1983; Heinecke, 1984; Cox et al., 1985; Oates & Heinicke, 1985; Deutsch et al., 1988; Pancer et al., 2000; Bornstein et al., 2003; Warren, 2005). Os novos pais querem desempenhar o melhor possível o seu novo papel, para tal procuram desenvolver estratégias de *coping* para melhor se adaptarem a esta nova situação. Isso pode ser feito através de procura de informação, frequentarem classes de preparação para o nascimento, antecipação da nova situação ou através da avaliação dos apoios sociais e materiais de que dispõem (Deutsch et al., 1988; Wicki, 1999; Pancer et al., 2000; Glade et al., 2005).

### *Competências da mãe*

As capacidades de resposta que a mãe vai desenvolvendo ao longo do primeiro ano de vida estão dependentes de alguns factores como sejam: a auto-eficácia, a idade da mãe e do bebé e a adaptação à nova situação. As mães ao longo dos primeiros meses de vida do bebé vão aumentando o seu nível de confiança, o que lhes permite dar respostas mais adequadas ao seu bebé e conseguem perceberem melhor os seus pedidos (Pridham et al., 1994; Erdwins, Buffardi, Casper, & O'Brien, 2001). Quanto mais confiantes as mães se sentem menos se queixam da quantidade de trabalho que têm para desempenhar as múltiplas tarefas do dia-a-dia, tornam-se menos ansiosas por se terem de separar das crianças quando vão trabalhar, mais positivas, apresentam maiores níveis de auto-estima (Erdwins et al., 2001; Hudson, Elek, & Fleck, 2001; Pridham et al., 2001). A idade do bebé e a idade da mãe, são factores que parecem interferir com o grau de competência da mãe. As mães mais velhas apresentam menores níveis de ansiedade (Blunk & Williams, 1999; Erdwins et al., 2001). Assim como, ao longo dos primeiros meses de vida do bebé, as mães

tornam-se mais positivas, resultando numa maior capacidade de resolver os problemas e as tarefas inerentes aos cuidados maternos (Mercer & Ferketich, 1994; Pridham & Chang, 1992; Hudson, Elek, & Fleck, 2001; Pridham et al., 2001). As habilitações literárias também é um factor importante na relação entre os pais e o bebé, casais com maior nível de habilitações são menos problemáticos e os seus filhos também são mais positivos (Cox et al., 2004). A ansiedade de separação maternal também está associada com algumas características da mãe como sejam os níveis de ansiedade da mãe, depressão, auto crítica, dependência e auto-estima (McBride & Belsky, 1988; Hock, McBride, & Gnezda, 1989; Hock & Schirtzinger, 1992; Hock & Lutz, 1998).

As atitudes das mães mudam ao longo do ciclo de vida das crianças, assim como as suas preocupações e os seus objectivos. As mães de bebés repartem o seu tempo desempenhando diversas tarefas inerentes à maternidade, tais como cuidar do bebé, que inclui o embalar, abraçar e acarinhar, ensinar e os cuidados do dia-a-dia, cuidados de higiene, amamentar, adormecer, etc. Contudo, há medida que as crianças crescem continua a ser uma preocupação das mães proteger e estimular o seu desenvolvimento, mas nesta fase a mãe centra-se mais no papel de ouvinte, há medida que a criança cresce a mãe consegue ter maior disponibilidade para o papel de suporte emocional (Francis-Connolly, 2005). Conforme se pode perceber através desta revisão, as atitudes da mãe e uma consolidação segura da relação mãe-bebé, dependem do desenvolvimento de estratégias de *coping* durante a gravidez e o estabelecimento de uma rede social eficaz e de suporte à mãe. Isto traz implicações para a prática clínica, pois torna-se primordial o desenvolvimento de programas de intervenção precoce nas famílias, a nível do último trimestre da gravidez, prolongando-se pelos primeiros meses do pós-parto. Avaliar e medir estas alterações deve ser uma prioridade dos profissionais de saúde que trabalham com esta população.

O objectivo deste trabalho é de testar o instrumento *Childbearing Attitudes Questionnaire* na realidade portuguesa.

## MÉTODOS

### *Participantes*

Os participantes são 241 mães com uma média de idades de 30.95 anos ( $DP=4.4$ ). Os pais tinham uma média de idade de 32.88 anos ( $DP=4.9$ ). As habilitações literárias das mães são em média de 14.7 anos ( $DP=3.6$ ) e as dos

pais são em média de 14.2 anos ( $DP=3.4$ ). Maioritariamente as mães estão casadas ou em união de facto (84,2%). O género do bebé é conhecido por 77,6% das mães (36,2% raparigas e 41,5% rapazes).

### *Instrumentos/Procedimento*

A Escala de Atitudes Relativas à Maternidade [Childbearing Attitudes Questionnaire (CAQ), Ruble, Fitzmaurice, Stangor, & Deutsch, 1990] – é constituída por 76 itens, as respostas são cotadas por uma escala tipo Likert que compreende sete possibilidades de resposta desde o discordo fortemente (1), concordo fortemente (7). Os estudos iniciais eram compostos por uma amostra de 667 mulheres em diferentes fases da maternidade (desde mulheres que planeavam ser mães daí a dois anos até puerperas com 3 meses) e num estudo longitudinal composto por uma amostra de 48 mulheres, desde o nono mês de gravidez até aos 16 meses de pós-parto. As mães eram todas casadas (ou em união de facto), pertencentes à classe média e maioritariamente caucasianas. Este instrumento procura avaliar as perspectivas das mulheres antes, durante e após a gravidez, apresenta 4 dimensões: Auto-confiança, aspectos negativos relacionados com o parto, orientação social e identificação com a maternidade. Estas dimensões subdividem-se em 16 sub-escalas, 13 relacionadas com perspectivas positivas e 3 com perspectivas negativas. São elas: preocupações maternas, auto-confiança maternal, relação com o marido, relação com a mãe, imagem corporal, identificação com a gravidez, sentimentos acerca das crianças, imagem própria negativa, atitude relativamente a amamentar, tolerância à dor, interesse sexual, negação, aspectos negativos do cuidar, sentimentos de dependência, aborrecimento social e procura de informação. Dos 76 itens, 16 não são cotados. Por exemplo “A maternidade tem pouco efeito no modo como as outras pessoas pensam em mim” ou “Criar os filhos é repetitivo e aborrecido.”

## **RESULTADOS**

### *Análise das dimensões da escala*

Os valores descritivos de cada uma das sub-escalas encontram-se apresentados na Tabela 1, assim como, os respectivos Alfas de *Cronbach*.

Como se pode observar, na Tabela 1, os Alfas para as oito das dezasseis sub-escalas que fazem parte da escala original apresentam valores entre 0.59 e

0.69 que indicam níveis aceitáveis de fiabilidade das sub-escalas e comparáveis ao do estudo inicial. Os Alfas originais variaram entre 0.64 e 0.78 (0.67 PM, 0.73 ACM, 0.73 RM, 0.78 RCM, 0.74 IC, 0.65 IPN, 0.65 IS e 0.64 ANC).

Tabela 1

*Média, Desvio Padrão e Alfa nas oito dimensões da Escala*

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Alfa
Preocupações maternas (PM)	4.6	1.10	0.59
Auto-confiança maternal (ACM)	5.5	0.92	0.69
Relação matrimonial (RM)	5.5	0.99	0.69
Relação com a mãe (RCM)	5.5	1.17	0.67
Imagem corporal (IC)	4.9	1.25	0.67
Imagem própria negativa (IPN)	2.3	1.07	0.55
Interesse sexual (IS)	4.9	1.54	0.65
Aspectos negativos do cuidar (ANC)	2.5	1.28	0.60

As restantes oito sub-escalas não foram apresentadas uma vez que os seus valores de Alfa eram muito baixos comprometendo a validade interna. O item 8 da sub-escala Interesse Sexual, o item 14 da sub-escala Preocupações maternas e o item 32 da sub-escala Imagem própria negativa foram eliminados porque os seus valores de Alfa alteravam muito o valor de consistência interna da respectiva sub-escala.

A versão final do Questionário Atitudes Relativas à Maternidade é composta por 46 itens, divididos em 8 sub-escalas. São elas:

1) *Preocupações maternas*

Esta sub-escala é constituída por 5 itens relacionados com as preocupações e ansiedade da mãe em ser capaz de cuidar do bebé, reconhecer as suas necessidades e com o estado de saúde do filho. Por exemplo “Estou preocupada porque não sei o que fazer quando o meu bebé chora”. Valores mais altos indicam uma mãe mais ansiosa e com maiores preocupações maternas.

2) *Auto-confiança maternal*

Esta sub-escala é constituída por 4 itens relacionados com a confiança que a mãe apresenta nas suas capacidades para desempenhar bem o seu novo papel.

Por exemplo “Sinto-me completamente pronta para a maternidade”. Valores mais altos indicam uma mãe com maiores níveis de auto-confiança.

### 3) *Relação matrimonial*

Esta sub-escala é constituída por 6 itens que avaliam a relação matrimonial e envolvimento do pai nos cuidados com o bebé. Por exemplo “Na realidade, o meu marido não entende o quanto é difícil cuidar de um bebé”. Valores mais altos indicam um pai mais compreensivo com a maternidade e que divide tarefas com a mãe e esta confia no seu companheiro para cuidar do bebé.

### 4) *Relação com a mãe*

Esta sub-escala é constituída por 4 itens que avaliam a relação com a mãe e qual a sua influência nas atitudes face à maternidade. Por exemplo “A minha mãe tem sido uma grande fonte de apoio”. Valores mais altos são indicadores de que a mãe desempenha funções de suporte social para a puerpera.

### 5) *Imagem corporal*

Esta sub-escala é constituída por 4 itens que avaliam a noção de imagem corporal da mãe enquanto grávida. Por exemplo “Senti-me menos atractiva quando estava grávida”. Valores mais altos indicam uma mãe que se identificava mais com a situação de grávida e que a vivencia de uma forma mais positiva.

### 6) *Imagem própria negativa*

Esta sub-escala é constituída por 3 itens que avaliam a imagem da pessoa face aos outros. Por exemplo “Sinto-me inferior relativamente à maioria das pessoas que conheço”. Valores mais altos representam uma mãe que se valoriza menos enquanto pessoa.

### 7) *Interesse sexual*

Esta sub-escala é constituída por 2 itens que avaliam a importância das relações sexuais na maternidade. Por exemplo “Sinto-me menos interessada em sexo do que antes”. Valores mais baixos indicam mães em que houve menos alteração da sua vida sexual.

### 8) *Aspectos negativos do cuidar*

Esta sub-escala é constituída por 3 itens relacionados com alguns aspectos negativos do cuidar do bebé, nomeadamente na amamentação e a mudança que

um filho faz em casa. Por exemplo “Sinto-me desconfortável ao ver mulheres amamentando os seus filhos”. Valores mais baixos identificam uma mãe mais adaptada à situação de cuidar de um bebé.

*Correlação entre idade mãe e do pai, habilitações literárias da mãe, número de filhos e as sub-escalas*

Analisaram-se, as associações entre a idade da mãe e pai, as habilitações literárias das mães, o número de filhos e os valores nas oito dimensões da escala. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

Como se pode observar, na Tabela 2, a idade das mães, encontram-se significativa e negativamente correlacionadas com Preocupações maternas (PM) e Relação com a mãe (RCM). As habilitações literárias da mãe encontram-se significativa e negativamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM) e Imagem própria negativa (IPN). A idade do pai encontra-se significativa e negativamente correlacionados com Preocupações maternas (PM), Relação matrimonial (RM) e Relação com a mãe (RCM). O número de filhos encontra-se significativa e positivamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM).

Tabela 2

*Relação entre a idade, habilitações literárias das mães, idade dos pais, número de filhos e as oito dimensões da escala*

	PM	ACM	RM	RCM	IPN
Idade Mãe	-0.27**			-0.24**	
Hab. literárias mãe		-0.27**			-0.17*
Idade Pai	-0.26**		-0.173*	-0.29**	
Número de filhos		0.36**			

Nota. \*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$ .

*Preocupações maternas e género do bebé*

Procurou-se ver se havia diferença entre o género do bebé e as preocupações maternas, verificou-se com base na ANOVA, que neste grupo havia diferenças significativas quanto ao género, as mães apresentavam maiores preocupações maternas em relação às raparigas do que aos rapazes [ $F(1,194)=8.22, p < 0.05$ ].

## DISCUSSÃO

Este estudo pretendia testar o Childbearing Attitudes Questionnaire para a realidade portuguesa, através dos valores encontrados de  $\alpha$  de Cronbach, estes foram semelhantes ao da versão original, podemos dizer que a consistência interna encontrada é aceitável, pois sabemos que esta varia entre 0 e 1 e que entre .60 e .65 é minimamente aceitável e entre .70 e .80 respeitável (Almeida & Freire, 2003). A estabilidade do instrumento ao longo do tempo não foi testada, uma vez que as atitudes da mãe vão mudando ao longo do primeiro ano de vida, pois estão dependentes do nível de conhecimentos inerentes à maternidade e da aprendizagem que a mãe faz das necessidades do bebé. Este é composto por 46 itens e oito sub-escalas, destes 15 itens não são cotados. O instrumento é fiável e pode ser utilizado em Portugal, como importante medida das atitudes relativas à maternidade.

Os nossos resultados relativamente a idade das mães, encontram-se significativa e negativamente correlacionadas com Preocupações maternas (PM) e Relação com a mãe (RCM), onde se pode perceber que quanto mais velha é a mãe menos preocupações maternas e menor dependência ela tem da sua mãe, o que está de acordo com os estudos de Blunk e Williams (1999) e Edwins et al. (2001). Nestes estudos, as mães mais velhas apresentavam menores níveis de ansiedade, logo estas mães têm a capacidade de arranjar estratégias de *coping* mais facilmente, são mais seguras e conseguem dar respostas mais adequadas ao bebé, possibilitando que estejam menos dependentes de outras pessoas para lidarem com o bebé. Relativamente às habilitações literárias encontram-se significativa e negativamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM) e Imagem própria negativa (IPN), o que significa que quanto mais elevadas as habilitações literárias menor o nível de auto-confiança para se relacionarem com o bebé e da sua percepção em lidar com a situação, o que está de acordo com a literatura (Mercer, 1986), uma vez que estas mães investem muito na carreira e adiam a maternidade, estando mais orientados para as funções profissionais e não maternas, por isso quando decidem ser mães têm mais dúvidas e apresentam maior grau de dificuldade para cuidar do bebé.

A idade do pai encontra-se significativa e negativamente correlacionados com Preocupações maternas (PM), Relação matrimonial (RM) e Relação com a mãe (RCM), o que significa que quanto mais velho é o pai menores preocupações tem com o bebé, menos envolvido está nos cuidados com o bebé e menor necessidade tem do apoio da sua mãe. Estes dados estão de acordo com a literatura, em que os pais mais tradicionais, por isso mais velhos, ainda

estão muito ligados ao seu papel de principal financiador da família, a sua função é trabalhar e contribuir financeiramente para o bem-estar da família e não para se envolver nos cuidados com o bebé (Pittman, Wright, & Lloyd, 1989). Nos resultados relação matrimonial e idade do pai, ambos estão correlacionados de forma significativa e negativa, o que significa que quanto mais velho for o pai menor relação tem com a companheira. Estes tendem a ser menos compreensivos com as mães, nas suas tarefas inerentes à maternidade e envolvem-se menos nessas funções, o que parece que está de acordo com Isabella e Belsky (1985), em que destacam o nascimento de um bebé como um período de crise e de diminuição da satisfação na relação matrimonial, que pode ter começado já nos últimos meses da gravidez. O facto de não haver estabilidade na relação pode levar a que a mãe não confie ao pai as funções de cuidar do bebé, pois sabemos através da revisão da literatura que os pais que se envolvem mais nos cuidados parentais são aqueles que anteriormente ao nascimento do bebé já tinham uma boa relação matrimonial. Por isso, os pais ao estarem menos envolvidos nos cuidados ao bebé têm menores preocupações na relação com ele e menor necessidade do apoio das suas mães. A auto-confiança das mães também está relacionada com o apoio social que estas recebem dos maridos, uma vez que estes pais se envolvem menos na relação com o bebé também a mãe tem menos suporte, daí ser mais difícil a mãe ter disponibilidade emocional para dar respostas adequadas ao bebé (Knauth, 2001; Cronin, 2003).

O número de filhos encontra-se significativa e positivamente correlacionados com Auto-confiança maternal (ACM), o que se entende pois quanto maior for o número de filhos que uma mulher tem maior experiência em lidar com crianças e por isso maior auto-confiança enquanto mãe.

Relativamente ao género do bebé e às preocupações maternas, os nossos resultados apontam para uma maior preocupação das mães para com as raparigas, do que com os rapazes. Embora caminhemos para uma sociedade em que se pretende que haja igualdade entre sexos, o que se percebe é que ainda existem muitos valores tradicionais enraizados na nossa cultura, associando por isso as meninas como seres mais frágeis, sensíveis e necessitando de mais cuidados (Leal, 2006). Uma vez que se encontraram estes dados e no sentido de se generalizar esta conclusão seria importante fazer novo estudo com uma população mais abrangente para ver se esta relação se mantém.

Instrumentos como este permitem desenvolver estudos para avaliar as atitudes da mãe face à maternidade, possibilitando aos profissionais de saúde uma intervenção ajustada às necessidades das famílias.

## APÊNDICE SUB-ESCALAS

### *Sub-escala Preocupações maternas*

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Há tanto para saber acerca de bebês que eu me questiono se serei capaz de aprender o suficiente para me sentir à vontade.	18,01	19,454	,391	,510
Estou preocupada porque não sei o que fazer quando o meu bebê chora.	18,87	21,730	,335	,543
Questiono-me se serei capaz de dar ao meu filho todo o amor que ele / ela necessitará.	18,99	17,576	,394	,512
Muitas vezes dou comigo preocupada com a saúde do meu bebê.	17,02	23,404	,299	,561
Sinto ansiedade em cuidar da minha família.	18,11	21,438	,329	,545

### *Sub-escala Auto-confiança maternal*

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Estou certa que sou uma boa mãe.	16,54	7,919	,492	,616
Não tenho dificuldades em sentir-me à vontade a cuidar dos meus filhos.	16,77	7,267	,426	,668
Sinto-me completamente pronta para a maternidade.	16,34	7,827	,488	,618
Estou segura das minhas capacidades.	16,46	8,030	,511	,607

*Sub-escala Relação com o marido*

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Na realidade, o meu marido não entende o quanto é difícil cuidar de um bebé.	27,72	23,448	,517	,625
O meu marido / companheiro frequentemente esgota a minha paciência.	27,38	24,196	,539	,619
Sinto-me mais próxima do que nunca do meu marido / companheiro.	27,35	28,559	,314	,688
Estou incomodada pela falta de envolvimento do meu marido / companheiro nos cuidados diários do bebé.	27,43	24,765	,475	,640
O meu marido / companheiro e eu passamos muito pouco tempo juntos.	28,06	25,163	,299	,713
Sinto-me à vontade para pedir ao meu marido / companheiro para cuidar do bebé quando saio.	26,76	27,739	,504	,646

*Sub-escala Relação com a mãe*

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
A minha mãe tem sido uma grande fonte de apoio.	16,68	11,995	,517	,564
A minha mãe não concorda comigo no modo de criar os filhos.	17,04	14,144	,306	,703
Sempre me senti muito próxima da minha mãe.	16,58	11,962	,559	,536
Tento evitar passar muito tempo com a minha mãe.	16,30	13,290	,454	,609

*Sub-escala Imagem própria negativa*

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Lido bem comigo em reuniões sociais.	4,38	5,950	,349	,472
Sinto-me inferior relativamente à maioria das pessoas que conheço.	5,14	5,740	,353	,462
Muitas vezes sinto que não há nada que eu consiga fazer bem.	4,01	3,942	,404	,391

*Sub-escala Interesse sexual*

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Sinto-me menos interessada em sexo do que antes.	5,25	2,765	,489	
Quase já não tenho fantasias sexuais.	4,55	3,663	,489	

*Sub-escala Aspectos negativos do cuidar*

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Sinto-me desconfortável ao ver mulheres amamentando os seus filhos.	5,66	8,360	,499	,412
A desordem que os bebés fazem incomoda-me muito.	5,12	8,190	,420	,495
Sentir-me-ia embaraçada amamentando o meu filho em público.	4,12	6,692	,358	,629

*Sub-escala Imagem do Corpo*

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Senti-me menos atractiva quando estava grávida.	14,99	14,863	,415	,630
Enquanto estava grávida preocupava-me que o meu corpo nunca mais voltasse a ser o mesmo.	15,99	14,655	,428	,622
Algumas vezes senti-me embaraçada pela forma do meu corpo enquanto estava grávida.	14,08	13,696	,543	,535
Gostei de me ver grávida.	13,57	18,067	,458	,616

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J., Sligo, J., Jaffee, S., Woodward, L., & Silva, P. (2005). Intergenerational transmission of warm-sensitive-stimulating parenting: A prospective study of mothers and fathers of 3-years-olds. *Child Development*, 76(2), 384-396.
- Blunk, E., & Williams, S. (1999). A comparison of adolescent and adult mothers' maternal separation anxiety. *Social Behavior and Personality*, 27(3), 281-288.
- Bornstein, M., Hendricks, C., Hahn, C.S., Haynes, O., Painter, K., & LeMonda, C. (2003). Contributors to self-perceived competence, satisfaction, investment, and role balance in maternal parenting: A multivariate ecological analysis. *Parenting: Science and Practice*, 3(4), 285-326.
- Cappuccini, G., & Cochrane, R. (2000). Life with the first baby: Women's satisfaction with the division of roles. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(3), 189-202.
- Ceballo, R., Lansford, J., Abbey, A., & Stewart, A. (2004). Gaining a child: Comparing the experiences of biological parents, adoptive parents, and stepparents. *Family Relations*, 53(1), 38-48.
- Cowan, C., Cowan, P., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W., Curtis-Boles, H., & Boles III, A. (1985). Transitions to parenthood: his, hers, and theirs. *Journal of Family Issues*, 6(4), 451-481.
- Cowdery, R., & Knudson-Martin. (2005). The construction of motherhood: Tasks, relational connection, and gender equality. *Family Relations*, 54, 335-345.
- Cox, M., Burchinal, M., Taylor, L., Frosch, C., Goldman, B., & Kanoy, K. (2004). The transition to parenting: Continuity and change in early parenting behaviour and attitudes. In R. Conger, F. Lorenz, & K. Wickrama (Eds.), *Continuity and change in family relations-theory, methods, and empirical findings*. New Jersey: Erlbaum.
- Cronin, C. (2003). First-time mothers their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 260-267.
- Cutrona, C. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 378-390.
- Deutsch, F., Ruble, D., Fleming, A., Brooks-Gunn, J., & Stangor, C. (1988). Information-seeking and maternal self-definition during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(3), 420-431.
- Elek, S., Brage Hudson, D. & Bouffard, C. (2003). Marital and Parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: The effect of infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 45-67.
- Erdwins, C., Buffardi, L., Casper, W., & O'Brien, A. (2001). The relationship of women's role strain to social support, role satisfaction, and self-efficacy. *Family Relations*, 50(3), 230-238.

- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 176-191.
- Fleming, A., Ruble, D., Flett, G., & Van Wagner, V. (1990). Adjustment in first-time mothers: Changes in mood and mood content during the early postpartum months. *Developmental Psychology*, 26(1), 137-143.
- Francis-Connelly, E. (2000). Toward understanding of mothering: A comparison of two motherhood stages. *The American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 281-289.
- Gjerdingen, D., & Center, B. (2005). First-time parents' postpartum changes in employment, childcare, and housework responsibilities. *Social Science Research*, 34, 103-116.
- Glade, A., Bean, R., & Vira, R. (2005). A prime time for marital/relational intervention: a review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *The American of Family Therapy*, 33, 319-336.
- Goldstein, L., Diener, M., & Mangelsdorf, S. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: Associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 60-71.
- Grace, J. (1993). Mothers' self-reports of parenthood across the first 6 months postpartum. *Research in Nursing & Health*, 16(1), 431-439.
- Heinecke, C. (1984). Impact of pre-birth parent personality and marital functioning on family development: A framework and suggestions for further study. *Developmental Psychology*, 20, 1044-1053.
- Heinecke, C., Diskin, S., Ramsey-Kleen, D., & Given, K. (1983). Pre-birth parent characteristics and family development in the first year of life. *Child development*, 54, 194-208.
- Hill, C., Stein, J., Keenan, K., & Wakschlag, L. (2006). Mother's childbearing history and current parenting: Patterns of association and the moderating role of current life stress. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 412-419.
- Hock, E., Lutz, W. (1998). Psychological meanings of separation anxiety in mothers and fathers. *Journal of Family Psychology*, 12, 41-55.
- Hock, E., McBride, S., & Gnezda, M. (1989). Maternal separation anxiety: Mother-infant separation from the maternal perspective. *Child Development*, 60 (3), 793-802.
- Hock, E., & Schirtzinger, M. (1992). Maternal separation anxiety: Its developmental course and relation to maternal mental health. *Child Development*, 63, 93-102.
- Hsu, H.C. (2004). Antecedents and consequences of separation anxiety in first-time mothers: Infant, mother, and social-contextual characteristics. *Infant Behavior & Development*, 27, 113-133.
- Hudson, D., Elek, S., & Fleck, M. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant self-efficacy, parenting satisfaction and infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 31-43.
- Hyde, J., Else-Quest, N., Goldsmith, H., Biesanz, C. (2004). Children's temperament and behaviour problems predict their employed mothers' work functioning. *Child Development*, 75(2), 580-594.

- Isabella, R., & Belsky, J. (1985). Marital change during the transition to parenthood and security of infant-parent attachment. *Journal of Family Issues*, 6, 505-522.
- Kaitz, M., & Katzir, D. (2004). Temporal changes in the affective experience of new fathers and their spouses. *Infant Mental Health Journal*, 25(6), 540-555.
- Knauth, D. (2000). Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing and Health*, 23, 496-509.
- Knauth, D. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), 169-184.
- Leal, I. (2006). O feminino e o materno. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 51-74, 2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Lowinger, S. (1999). Infant irritability and early mother-infant reciprocity patterns. *Infant and Child development*, 8, 71-84.
- Luthar, S., Doyle, K., Suchman, N., & Mayes, L. (2001). Developmental themes in women's emotional experiences of motherhood. *Development and Psychopathology*, 13, 165-182.
- McBride, S., & Belsky, J. (1988). Characteristics, determinants, and consequences of maternal separation anxiety. *Developmental Psychology*, 24, 407-414.
- Mercer, R., & Ferketich, S. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing Research*, 43(1), 38-43.
- Oates, D., & Heinecke, C. (1985). Prebirth prediction of the mother-infant interaction: The first year of life. *Journal of Family Issues*, 6(4), 523-542.
- Pancer, S., Pratt, M., Hunsberger, B., & Gallant, M. Thinking ahead: Complexity of expectations and the transition to parenthood. *Journal of Personality*, 68(2), 253-280.
- Pittman, J., Wright, C., & Lloyd, S. (1989). Predicting parenting difficulty. *Journal of Family Issues*, 10(1), 267-286.
- Pizur-Barnekow, K. (2006). Maternal attitudes and self-definition as related to perceptions of infant temperament. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(5), 494-499.
- Porter, L., & Hsu, H. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54-64.
- Pridham, K., & Chang, A. (1992). Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: Maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 204-216.
- Pridham, K., Chang, A., & Chiu, Y.M. (1994). Mothers' appraisals: The contribution of perceived infant temperament. *Research in Nursing & Health*, 17, 381-392.
- Pridham, K., Lin, C.Y., & Brown, R. (2001). Mothers' evaluation of their caregiving for premature and full-term infants through the first year: Contributing factors. *Research in Nursing & Health*, 24, 157-169.
- Ruble, D., Fleming, A., Stangor, C., Brooks-Gunn, J., Fitzmaurice, G., & Deutsch, F. (1990). Transition to motherhood and the self: Measurement, stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 450-463.

- Warren, P. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488.
- White, L, & Booth, A. (1985). The transition to parenthood and marital quality. *Journal of Family Issues*, 6, 435-449.
- Wicki, W. (1999). The impact of family resources and satisfaction with division of labour on coping and worries after the birth of the first child. *International Journal of Behavioral Development*, 23(2), 431-456.

## ABSTRACT

*The transition to motherhood is a time of great change in the life of any woman. There are several areas that can contribute to these changes in a more peaceful way, these include: social support, marital satisfaction, information on pregnancy and postpartum, self-confidence, beliefs and childbearing attitudes. The purpose of this study is to validate Childbearing Attitudes Questionnaire in the Portuguese population. The sample consists of 241 mothers with an average age of 30.95 years, with 14.7 years of education, most of the mothers were married or had a stable relationship (84,2%). The internal consistency of the CAQ had values of Cronbach's alpha ranging between .59 and .69 in the 8 sub-scales that are part of the scale. We found correlations between the age of the mothers, mother's education, father's age and number of children with some of the sub-scales. Mothers of girls had more maternal concerns than mothers of boys. This study shows that the version of the CAQ-Portuguese (CAQ-P) may be a valid and reliable measure to assess attitudes concerning motherhood in Portugal.*

*Instruments such as this enable health professionals to develop programs to support families and their evaluation.*

*Key-words: Childbearing attitudes. Maternal image. Maternal skills. Measuring instruments. Social support.*

## **Avaliação da Satisfação Parental: Adaptação do Parental Satisfaction Scale ( Halverson & Duke , 1991)**

Sónia Bárcia & Manuela Veríssimo  
(Universidade Atlântica & ISPA)

A parentalidade é uma das modificações mais importantes na vida familiar, o nascimento de um filho, leva a alterações na vida do homem e da mulher, a nível físico, mental, divisão de tarefas, interação social e relação laboral (White, & Booth, 1985; Wicki, 1999; Cappuccini & Cochrane, 2000; Knauth, 2001; Ceballo, Lansford, Abbey, & Stewart, 2004; Gjerdingen, & Center, 2005; Hsu, 2004; Glade, Bean, & Vira, 2005). Socialmente muitos casais só se sentem verdadeiramente uma família, quando têm filhos (Pittman, Wright, & Lloyd, 1989). O significado, o valor e o papel parental têm sofrido alterações ao longo dos anos (Goetting, 1986; Ogzun & Honig, 2005). Factores como a diminuição da taxa de natalidade (1.41 filhos, em 1995, para 1.35, em 2006), aumento da idade da mãe no primeiro filho (24.2 anos, em 1990, para 27.8 anos, em 2005), o aumento da taxa de divórcios (1.2 em 1995, para 2.3 em 2006, por 1000 pessoas), tem levado a que diversos profissionais se tenham interessado pelo assunto e tenham vindo a desenvolver ao longo dos anos estudos, que vão no sentido de perceber qual a repercussão que estas alterações têm a nível da população (Emery & Lloyd, 2001; Freysinger, 1994; Goetting, 1986; Guidubaldi & Clemishaw, 1985; INE, 2002, 2007; Ceballo et al, 2004; Eurostat, 2008).

Satisfação parental é um conceito difícil de conceptualizar, esta dificuldade na conceptualização pode levar a compromissos na validade dos resultados (Sabatelli & Waldron, 1995). Mercer (1986) apresenta uma definição de satisfação parental, para a autora esta pode ser definida como a percepção de prazer e gratificação relacionadas com o papel de mãe/pai. Sabatelli e Waldron (1995) referem que esta pode ser usada para caracterizar a atitude dos pais em relação às responsabilidades inerentes à parentalidade. A satisfação parental é diferente de satisfação familiar e está directamente relacionada com os altos níveis de satisfação com a vida, altos níveis de satisfação marital, baixos valores de violência familiar e com a maior eficácia dos papéis parentais, assim como ao melhor ajustamento das crianças em famílias de pais divorciados (Henry & Peterson, 1995; Leite & McHenry, 2002). Os dados apontam em geral para valores de satisfação parental altos e em que contribuem diversos factores, não sendo uniforme a sua contribuição em todas as categorias de pais. Embora não haja consenso em relação aos diferentes factores que influenciam a satisfação parental, Goetting (1986), aponta

alguns: género do progenitor e da criança, habilitações literárias, estado civil, vínculo laboral, estrutura familiar, idade, número de filhos.

### **Género progenitor**

Goetting (1986) num artigo de revisão sobre satisfação parental apresenta resultados contrários na relação entre género e satisfação parental, enquanto alguns dos estudos apontam os pais mais felizes do que as mães, outros apresentam resultados opostos. Estudos mais recentes continuam a apresentar esta dualidade, uns apresentam o pai como tendo maiores níveis de satisfação que a mãe (Pittman & Lloyd, 1988; Jonhston & Mash, 1989; Freysinger, 1994; Henry & Peterson, 1995; Tiedje & Darling-Fisher, 1996; Renk, Roberts, Roddenberry, Luick, Meehan, Oliveros, & Phares, 2003), outros apresentam a mãe (Menéndez, Salgado & Hidalgo, 1996; Reece & Harkless, 1998; Rogers & White, 1998; Brage Hudson, Elek & Fleck, 2001; Elek, Brage Hudson & Bouffard, 2003). Este facto é justificado como reflexo do conceito de satisfação parental ser multidimensional. A maternidade é vista como a primeira forma de parentalidade, onde habitualmente as mães expressam sentimentos de grande felicidade no seu papel de mães, mas têm a noção que a maternidade também tem uma componente de restrição de liberdade e um acréscimo de trabalho. Por outro lado, grande parte dos estudos apresentam amostras constituídas apenas por mães, pois esta é vista como a principal cuidadora da criança, enquanto esta é recém nascida. Além disso, os estudos com amostras de pais e mães em que comparem a satisfação parental, são mais difíceis de encontrar (Goetting, 1986; Elek et al, 2003). Os primeiros tempos de vida de um recém-nascido implicam grandes mudanças na estrutura familiar (Pancer, Pratt, Hunsberger & Gallant, 2000), cabe aos pais aprenderem a desempenhar novas tarefas, dividindo os seus papéis de marido/mulher com o de pai/mãe (Elek et al, 2003).

### **Género criança**

O género da criança é apontado por alguns autores como tendo influencia no nível de satisfação parental (Goetting, 1986). Contudo, os seus resultados relativamente ao género do filho são controversos, não havendo consenso entre os estudos na relação entre este ponto e o nível de satisfação parental (Goetting, 1986; Boernstein, Hendricks, Hahn, Haynes, Painter, Tamis- LeMonda, 2003). Em estudos mais recentes, os pais de rapazes apresentam níveis de satisfação parental mais elevados, do que os pais de raparigas, além disso participam mais nos cuidados com o bebé (Henry & Peterson, 1995; Brage Hudson et al, 2001; Knauth, 2001; Elek et al, 2003). Os autores referem que este facto pode estar associado com uma maior identificação entre o progenitor e a criança, assim como a existência de interesses comuns.

### **Relação laboral**

Goetting (1986) refere que a satisfação com o trabalho desenvolvido, pode ser um factor que influencia a satisfação parental embora não seja totalmente consensual em todos os estudos. O facto das mães poderem optar por trabalhar ou não, está relacionado com maiores níveis de satisfação parental (Lerner & Galambos, 1985; Goetting, 1986). Para Hoffman (1989), as mães que trabalham apresentam maiores níveis de satisfação. Isto acontece porque a mãe ao sentir-se realizada no seu emprego, interage mais com a criança e apresenta sentimentos mais positivos para com ela. Contudo, Tulman & Fawcett (1990) no seu estudo, destacam o facto das mães de crianças pequenas trabalharem não altera o grau de satisfação. Gottfried & Gottfried (2006) no seu estudo longitudinal, encontraram relação entre a relação laboral e a satisfação das mães, segundo eles, mães com horários mais flexíveis e menos horas de trabalho apresentavam maiores níveis de satisfação parental.

### **Habilitações literárias**

O nível de habilitações literárias das mães é algo que é indicado nas características sócio demográficas dos estudos, mas habitualmente não é estudada a sua relação com a satisfação parental. Uma das razões prende-se com o facto de os estudos terem amostras que não são representativas da população, apresentando amostras de mães das classes média e alta e caucasianas (Bornstein et al, 2003; Glade et al, 2005). Mercer (1986) destaca as mães com habilitações literárias mais altas como tendo níveis de satisfação mais baixos durante o primeiro ano de vida do bebé. Contudo, estudos mais recentes, Erdwins, Buffardi, Casper, O'Brien (2001) e Bornstein et al (2003) apresentam as mães das classes sociais mais altas, como aquelas que apresentam maiores níveis de satisfação. Tendo estas maiores conhecimentos sobre a parentalidade e maiores apoios sociais. Goetting (1986) e Ozgun & Honig (2005) referem que as mães com níveis educacionais mais altos apresentam maiores níveis de satisfação, pois é delas a opção de serem mães, embora este não seja o principal objectivo das suas vidas. Renk et al (2003), no seu estudo os pais interagiam mais com os filhos, apresentando níveis de satisfação mais altos. Este facto poderá ser explicado pelo facto de a amostra ser constituída por pais com habilitações literárias a nível superior e por isso, terem maiores conhecimentos da importância da relação com os seus filhos e maior flexibilidade de horários.

### **Estado civil**

Segundo Goetting (1986), Pittman & Lloyd (1988), Rogers & White (1998), Ceballo et al (2004), Kaitz & Katzir (2004) e Perrone, Webb, & Jackson, (2007), ambos sugerem que o estado civil pode influenciar o nível de satisfação parental. Para Isabella & Belsky (1985),

existem grandes mudanças na qualidade da relação matrimonial entre o último trimestre da gravidez e os primeiros nove meses de pós parto, destes os primeiros três meses são aqueles onde se notam maiores alterações. Este declínio é mais evidentes nas mães do que nos pais. Os resultados encontrados no seu estudo confirmam isso que no último trimestre de gravidez e primeiros três meses de pós parto as mães apresentaram valores de maior insatisfação para com a sua relação marital. Knauth (2000) destaca os primeiros quatro meses de vida como aqueles em que há uma ligeira diminuição de satisfação no casal. Também Wicki (1999), refere que os primeiros dois meses são de grande alteração, depois existe um período de adaptação até aos seis meses e uma habituação até ao primeiro ano. As mães que apresentaram menor declínio na satisfação com o cônjuge, por terem maior apoio deste, conseguiram ter uma relação de vinculação mais segura com os seus bebés (Isabella & Belsky, 1985).

Com as mudanças que têm ocorrido nas últimas décadas, na nossa sociedade e no conceito de família, levou ao aparecimento de três tipos de pais: pais biológicos com filhos desse casamento (famílias clássicas), mãe/pai sozinhos com filhos por divórcio ou solteiros (famílias mono parentais) e os “stepparents” (famílias reconstituídas, com filhos não comuns ao casamento) (Ishii-Kuntz & Ihinger-Tallman, 1991; INE, 2002; Knoester & Eggbeen, 2006). Goetting (1986) refere que os pais sozinhos apresentam maiores níveis de satisfação do que os pais casados. Contudo, os estudos de Fine, Donnelly & Voydanoff (1986) e Pittman & Lloyd (1988) não corroboram este facto, nestes estudos os pais sozinhos apresentaram os valores de satisfação mais baixos quando comparados com pais casados ou recasados. Este facto poderá ser explicado pelo facto dos pais que têm que educar um filho sozinhos não têm com quem partilhar as preocupações ou as tarefas do dia-a-dia, assim como o encargo económico inerente com o crescimento da criança (Fine et al, 1986). Ishii-Kuntz & Ihinger-Tallman (1991), no seu estudo são os pais biológicos, num primeiro casamento que apresentam os valores mais altos de satisfação parental, seguindo-se os pais biológicos recasados. Por fim, com os níveis mais baixos de satisfação parental temos os “stepparents”. Para estes autores, o facto de se ser pai pela primeira vez parece ser mais satisfatório, do que ser pai numa família onde já existiam filhos, de um ou de ambos os membros do casal. Minton & Pasley (1996) encontraram valores mais altos de satisfação nos pais não divorciados. Também Rogers & White (1998) no seu estudo, os pais biológicos casados foram os que apresentaram valores mais altos de satisfação parental. Contudo, Ceballo et al (2004), quando compararam pais adoptivos com pais biológicos ou “stepparents”, encontraram valores de satisfação mais altos nos pais adoptivos do que nos pais biológicos ou “stepparents”. Este facto pode ser explicado pelo facto de tanto os pais biológicos, como os “stepparents” verem a criança como uma fonte de despesa, de ocupação de tempo e de interferência na relação do casal. Para os pais adoptivos, a adopção de uma criança é

o culminar feliz, de uma situação dolorosa, muitas vezes que se arrasta no tempo, de infertilidade do casal, daí o nível de satisfação destes pais ser elevado.

### **Suporte Social**

A transição para a parentalidade implica uma adaptação às tarefas associadas a cada progenitor, sendo os primeiros anos o período mais stressante para os pais, factores como a auto-eficácia e a satisfação parental variam ao longo do ciclo de vida (Cowan, Cowan, Heming, Garrett, Coysh, Curtis-Boles, & Boles III, 1985; Pittman et al, 1989; Erdwins et al, 2001; Brage Hudson et al, 2001; Elek et al, 2003; Brage Hudson, Campbell-Grossman, Elek, Fleck, & Shipman, 2003). O sentido de competência da mãe está relacionado com o suporte emocional, em particular do marido/companheiro, assim como com a divisão de tarefas nos cuidados do bebé. As mães com maior suporte social adaptam-se mais facilmente ao seu novo papel (Belsky, 1984; Goetting, 1986; Mercer, & Ferketich, 1994; Goldstein, Diener, Mangelsdorf, 1996; Feldman, 2000; Graham, Fischer, Crawford, Fitzpatrick, & Bina, 2000; Knauth, 2000, 2001; Pancer et al, 2000; Boernstein et al, 2003; Hsu, 2004; Gottfried & Gottfried, 2006). O suporte dado pelos amigos, a privacidade em casa, a partilha de problemas com os pais e marido, fazem aumentar a satisfação maternal (Pittman et al, 1989; Goetting, 1986; Pittman & Lloyd, 1988, Menéndez et al, 1996; Pridham et al, 2001).

A satisfação parental também está relacionada com o apoio que os novos pais tiveram dos seus pais e em que estes servem de modelo para o relacionamento e a vinculação com o novo bebé (Cox, Owen, Lewis, Riedel, Scalf- McIver, & Suster, 1985; Perrone et al, 2007). Os pais que são apoiados nas primeiras semanas de transição para a parentalidade, através de programas educacionais apresentam melhores níveis de eficácia e de satisfação parental (Brage Hudson et al, 2003). Assim como, o apoio de outros casais que foram pais há pouco tempo, é uma importante fonte de apoio social (Glade et al, 2005).

### **Ciclo de vida**

A fase inicial de transição para a parentalidade é uma das mais intensas em matéria de sentimentos, pois existe uma grande ambiguidade entre aspectos positivos e negativos. Por um lado a alegria de se ser mãe/pai, mas por outro a responsabilidade e as preocupações inerentes ao bom desempenho desta nova tarefa (Goetting, 1986; Martin, Halverson, Wampler, & Howllett-Wright, 1991; Pridham & Chang, 1992; Waldron-Hennessey & Sabatelli, 1997; Pancer et al, 2000; Brage Hudson et al, 2003). Os pais apresentam maiores níveis de satisfação quando os filhos são pequenos e menores quando são adolescentes e adultos (Goetting, 1986; Pittman et al, 1989; Umberson & Gove, 1989; Pridham et al, 2001; Brage Hudson et al, 2003;

Elek et al, 2003). Pridham et al (2001) referem que é importante o momento de avaliação do grau de satisfação, pois no seu estudo encontraram diferenças positivas entre um e quatro meses, havendo depois estabilização dos valores até aos doze meses. Estes resultados foram consistentes com outros estudos (Elek et al, 2003; Brage Hudson et al, 2003). Pridham & Chang (1992), assim como Goldstein et al (1996), estes apresentam os primeiros três meses de vida do bebé como de grande stress, muito importantes para o equilíbrio da relação mãe-bebé. O primeiro mês é o mais difícil, havendo depois um equilíbrio ao segundo ou terceiro mês de vida do bebé. No estudo de Ragozin, Basham, Crnic, Greenberg, & Robinson (1982), estes quando comparam as idades das mães com satisfação, encontram valores de satisfação parental mais altos nas mães mais velhas. Também Goetting (1986) refere que os pais que adiam o nascimento de um filho, permitindo que a sua carreira se consolide, apresentam níveis de satisfação mais altos. Mercer (1986) no seu estudo não corrobora este facto, neste, as mães mais velhas e com maiores habilitações literárias, apresentam valores mais baixos com o papel maternal.

#### **Papel desempenhado mãe/pai**

O conceito de família, assim como os papéis associados a cada um dos seus membros, tem vindo a mudar ao longo dos tempos. Tradicionalmente, cabia ao homem providenciar através do seu trabalho, os bens materiais para a casa e, à mulher as tarefas associadas com a maternidade (Pittman et al, 1989; INE, 2002). Goetting (1986) destaca os pais com tarefas tradicionais com níveis mais altos de satisfação. Contudo, os estudos de Freysinger (1994) e Renk et al (2003) apresentam resultados contrários, maior interacção com os filhos através das tarefas de lazer aumentaram o nível de satisfação dos pais. Os pais tinham maiores níveis de satisfação que as mães, segundo os autores podem existir duas explicações por um lado o facto da mãe trabalhar fora e contribuir financeiramente para as despesas da casa, permite que o pai possa tomar parte das actividades com a criança. Por outro lado, a mãe pelo facto de ter duas importantes tarefas na sua vida pode estar exposta a níveis mais altos de stress e por isso apresentar alguma insatisfação parental (Renk et al, 2003). Também as mães, com valores mais altos de desenvolvimento do ego, conseguem ser mais afectivas na maternidade, mas em situações adversas rapidamente baixam os níveis de satisfação parental e têm grandes dificuldades em lidar com as situações diárias a que os novos pais estão sujeitos (Luthar, Doyle, Suchman, & Mayes, 2001).

Ao longo de toda esta revisão da literatura sobre a satisfação parental, foi fácil constatar que muito embora este seja um tema de grande interesse por parte dos vários profissionais que lidam diariamente com pais e bebés, existe grande controvérsia nos estudos. É necessário

desenvolver mais trabalhos, com amostras maiores e ao longo do tempo para que seja possível cada vez mais encontrar os factores que podem potenciar a relação de paternidade.

O objectivo deste trabalho é de testar o instrumento *Parent Satisfaction Scale* na realidade portuguesa.

## **Método**

### *Participantes*

Os participantes são 209 mães com uma média de idades de 32.7 anos (DP=5.3). Os filhos tinham uma média de idade de 2.9 meses (DP= 0.9). As habilitações literárias das mães são em média de 15.1 anos (DP=3.1). Todas as mães estão casadas ou em união de facto. O Instrumento foi aplicado uma segunda vez com um intervalo de 2 meses a 95 mães.

### *Instrumentos/Procedimento*

A Escala de Satisfação Parental (Parent Satisfaction Scale (PSS), Halverson & Duke, 1991), foi aplicada num estudo longitudinal de dois anos, a mães e pais, com o objectivo de avaliar o grau de satisfação parental destes pais. Esta escala é constituída por 30 itens, as respostas são cotadas por uma escala tipo Likert que compreende sete possibilidades de resposta desde o discordo sempre (1) ao concordo sempre (7). Este instrumento procura avaliar o nível de satisfação dos pais, nomeadamente, no que diz respeito a três dimensões: Prazer nos cuidados parentais (1), Carga dos cuidados parentais (2), Importância dos cuidados parentais (3).

#### **(1) Prazer nos cuidados parentais**

Esta sub-escala é constituída por 8 itens, avalia em particular as questões relacionadas com o facto de se ser Pai e do prazer que isso representa. Por exemplo “Ter filhos vale todos os sacrifícios”; “Ver os filhos a crescer e a desenvolverem-se é especialmente satisfatório”. Uma cotação alta implica maior satisfação dos pais com os cuidados parentais.

#### **(2) Carga dos cuidados parentais**

Esta sub-escala é constituída por 10 itens, uns cotados de forma positiva e outras de forma negativa. Esta sub-escala tenta avaliar de que forma é que o nascimento dos filhos altera as rotinas dos pais e o impacto que isso tem nas suas vidas. Por exemplo “os filhos limitam a minha liberdade”; “Só de pensar no tempo que passamos juntos faz-me feliz”.

#### **(3) Importância dos cuidados parentais**

Esta sub-escala é constituída por 9 itens, cotados de forma positiva, por isso quanto maior o resultado maior o grau de satisfação. Pretende avaliar a importância da paternidade na vida dos

pais. Por exemplo “ Comparado com trabalho fora de casa criar filhos é mais satisfatório”; “Ser pai/mãe é o melhor processo para atingir realização pessoal”. Os itens 8, 13 e 29 não são cotados mas contribuem para o resultado final de satisfação parental.

## Resultados

### *Análise das dimensões da escala*

Os valores descritivos de cada uma das sub-escalas encontram-se apresentados na tabela 1, assim como, os respectivos Alfas de *Cronbach*.

**Tabela 1 - Média, Desvio Padrão e Alfa nas três dimensões da Escala**

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Alfa
Prazer nos cuidados (PC)	6.6	0.54	0.78
Carga dos cuidados parentais (CPP)	2.2	0.73	0.80
Importância dos cuidados parentais (ICP)	6.0	0.75	0.82

Como se pode observar, na tabela 1, os Alfas para as três dimensões são superiores a .70, valores que indicam níveis aceitáveis de fiabilidade das sub-escalas e comparáveis ao do estudo inicial de que obteve 0.85 em Prazer nos cuidados parentais, 0.80 em Carga dos cuidados parentais e 0.84 em Importância dos cuidados parentais.

**Tabela 2 - Correlação entre tempo 1 e tempo 2**

	PC2	CCP2	ICP2
Prazer nos cuidados parentais	0.74		
Carga dos cuidados parentais		0.75	
Importância dos cuidados parentais			0.73

\*\*p< .001-

A correlação entre os dois momentos avaliativos demonstram a estabilidade do instrumento ao longo do tempo obtendo valores superiores a .70, estes valores são comparáveis com o estudo inicial que obteve 0.52 para Prazer nos cuidados parentais, 0.71 para Carga dos cuidados parentais e 0.71 para Importância dos cuidados parentais, nas avaliações ao longo do tempo.

### Idade e habilitações literárias das mães

Analisaram-se, ainda, as associações entre a idade e habilitações literárias das mães e os valores nas três dimensões da escala. Os resultados são apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3 - Relação entre a idade e habilitações literárias das mães e as três dimensões da escala**

	PC	CCP	ICP
Idade Mãe	-0.16*	0.09	-0.12*
Hab. Literárias	-0.17*	0.17*	-0.29*

p < .05-

Como se pode observar, na Tabela 3, a idade das mães, assim como, as habilitações literárias encontram-se significativa e negativamente correlacionadas com Prazer nos cuidados parentais e Importância dos cuidados parentais. Enquanto as habilitações literárias e a Carga dos cuidados parentais encontram-se significativa e positivamente correlacionados.

### Discussão

Este estudo pretendia testar o Parent satisfaction Scale para a realidade portuguesa, através dos valores encontrados de  $\alpha$  de *Cronbach* que foram superiores a .70, podemos dizer que a consistência interna encontrada é adequada, pois sabemos que esta varia entre 0 e 1 e que deve ser superior a 0.70, para ser considerada válida (Tuckman, 2005). O instrumento demonstrou estabilidade ao longo do tempo obtendo valores superiores a 0.70, demonstrando que o instrumento é fiável e que pode ser utilizado em Portugal, como importante medida da satisfação parental. Segundo Guidubaldi e Clemishaw (1985), os instrumentos avaliativos são fundamentais para a avaliação desta área onde os estudos ainda são escassos e em que muitas vezes estão muito centrados nas aquisições da criança ou nas técnicas, sendo pouco sensíveis às atitudes.

Relativamente à relação entre as diferentes sub-escalas e a variável idade da mãe, os valores encontrados encontram-se significativa e negativamente correlacionadas com Prazer nos cuidados parentais e Importância dos cuidados parentais, onde se pode perceber que quanto mais velha é a mãe menores os valores de satisfação nestas duas dimensões, o que está de acordo com o estudo de Mercer (1986). Acresce a este facto, as transformações que têm ocorrido no conceito de família e no papel da mulher na sociedade, em que esta não desempenha apenas um papel nas actividades domésticas e de cuidar dos filhos, mas também tem um importante tarefa a nível laboral. Este facto está de acordo com o estudo de Renk et al (2003), segundo estes autores o facto da mulher estar exposta a altos níveis de stress, ao ser solicitada a representar dois papéis, enquanto mãe e funcionária pode levar a que apresente

valores mais baixos de satisfação parental. Outro factor, que pode contribuir para estes resultados é o facto das mães hoje em dia consolidarem primeiro as suas carreiras e adiarem o nascimento do primeiro filho o que leva a que as expectativas sejam muito altas e muitas vezes difíceis de alcançar, uma vez que esta multiplicidade de tarefas nem sempre é pacífica, o que está de acordo com a literatura (Goetting, 1986; Freysinger, 1994; Emery & Lloyd, 2001).

A relação habilitações literárias com Prazer nos cuidados parentais e Importância dos cuidados parentais encontram-se significativa e negativamente correlacionadas, ou seja quanto mais altas as habilitações menores valores obtidos nestas sub-escalas. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Mercer (1986). Este facto poderá ser explicado porque hoje em dia ser mãe é na sua maioria um acto pensado, em que a mãe tenta conciliar as duas tarefas no momento mais propício das suas vidas e estas duas sub-escalas centram-se muito na importância dos cuidados com o bebé, em detrimento da profissão. Pelo contrário a correlação entre as habilitações literárias e a Carga dos cuidados parentais encontram-se significativa e positivamente correlacionados, o que quer dizer que quanto mais altas as habilitações literárias maior o nível de satisfação, este facto poderá ser explicado porque esta sub-escala pretende avaliar de que forma é que o nascimento dos filhos altera as rotinas dos pais e o impacto que isso tem nas suas vidas e socialmente muitos casais só se sentem verdadeiramente uma família quando têm filhos (Pittman, Wright, & Lloyd, 1989). Por outro lado, segundo os estudos de Erdwins et al (2001) e de Bornstein et al (2003) as mães com maiores habilitações literárias têm maior suporte social, maior flexibilidade de horários e são mais esclarecidas sobre a importância da relação com o seu filho o que contribui para maior nível de satisfação, o que poderá ser uma explicação para esta correlação.

A satisfação parental é um conceito multi-dimensional, em que a sua avaliação em muito contribui para o esclarecimento das relações pais-bebés, permitindo aos profissionais através destes dados facilitar e potenciar essa relação.

### **Agradecimentos**

Os autores gostariam de agradecer a todas as mães que aceitaram participar neste estudo, financiado em parte pela F.C.T (PTDC/PSI/64149/2006).

### **Referências**

- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Bornstein, M., Hendricks, C., Hahn, C.S., Haynes, O., Painter, K., & LeMonda, C. (2003). Contributors to self-perceived competence, satisfaction, investment, and role balance in maternal parenting: a multivariate ecological analysis. *Parenting: Science and Practice*, 3(4), 285- 326.

- Brage Hudson, D., Elek, S., & Fleck, M. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 31-43.
- Brage Hudson, D., Campbell-Grossman, C., Elek, S., Fleck, M., & Shipman, A. (2003). Effects of the new parents network on first-time fathers' parenting satisfaction during the transition to parenthood. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 217-229.
- Cappuccini, G., & Cochrane, R. (2000). Life with the first baby: women's satisfaction with the division of roles. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(3), 189-202.
- Ceballo, R., Lansford, J., Abbey, A., & Stewart, A. (2004). Gaining a child: Comparing the experiences of biological parents, adoptive parents, and stepparents. *Family Relations*, 53(1), 38-48.
- Cowan, C., Cowan, P., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W., Curtis-Boles, H., & Boles III, A. (1985). Transitions to parenthood: his, hers, and theirs. *Journal of Family Issues*, 6(4), 451-481.
- Cox, M., Owen, M., Lewis, J., Riedel, C., Scalf-McIver, L., & Suster, A. (1985). Intergenerational influences on the parent-infant relationship in the transition to parenthood. *Journal of Family Issues*, 6, 543-564.
- Elek, S., Brage Hudson, D. & Bouffard, C. (2003). Marital and Parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: the effect of infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 45-67.
- Emery, B., & Lloyd, S. (2001). The evolution of family studies research. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 30(2), 197-222.
- Erdwins, C., Buffardi, L., Casper, W., & O'Brien, A. (2001). The relations of women's role strain to social support, role satisfaction, and self-efficacy. *Family Relations*, 50, 230-238.
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 176-191.
- Fine, M., Donnelly, B., & Voydanoff, P. (1986). Adjustment and satisfaction of parents a comparison of intact, single-parent, and stepparent families. *Journal of Family Issues*, 7, 391-404.
- Freysinger, V. (1994). Leisure with children and parental satisfaction: further evidence of a sex difference in the experience of adult roles and leisure. *Journal of Leisure Research*, 26(3), 212-226.
- Gjerdingen, D., & Center, B. (2005). First-time parents' postpartum changes in employment, childcare, and housework responsibilities. *Social Science Research*, 34, 103-116.
- Glade, A., Bean, R., & Vira, R. (2005). A prime time for marital/ relational intervention: a review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *The American of Family Therapy*, 33, 319-336.
- Gotting, A. (1986). Parental satisfaction: A review of research. *Journal of Family Issues*, 7, 83-109.
- Goldstein, L., Diener, M., & Mangelsdorf, S. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 60-71.

- Gottfried, A., & Gottfried, A. (2006). A long-term investigation of the role of maternal and dual-earner employment in children's development. The Fullerton longitudinal study. *American Behavioral Scientist*, 49(10), 1310-1327.
- Graham, C., Fischer, J., Crawford, D., Fitzpatrick, J., & Bina, K. (2000). Parental status, social support, and marital adjustment. *Journal of Family Issues*, 21, 888- 905.
- Guibaldi, J., & Cleminshaw, H. (1985). The development of the Cleminshaw-Guidubaldi parent satisfaction scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, 14(4), 293-298.
- Henry, C., & Peterson, G. (1995). Adolescent social competence, parental qualities, and parental satisfaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(2), 249-262.
- Hoffman, L. (1989). Effects of maternal employment in the two-parent family. *American Psychologist*, 44, 283- 292.
- Hsu, H.C. (2004). Antecedents and consequences of separation anxiety in first-time mothers: infant, mother, and social-contextual characteristics. *Infant Behavior & Development*, 27, 113-133.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Mulheres e Homens em Portugal nos Anos 90*. Consultado em Março de 2008, [http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_INE/Estudos?ESTUDOSest\\_boui=106436&ESTUDOSmodo=2](http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Estudos?ESTUDOSest_boui=106436&ESTUDOSmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística (2007). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho (Anos)*. Consultado em Março de 2008, [http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_INE/bddXplorer?indOcorrCod=0001291&Contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/bddXplorer?indOcorrCod=0001291&Contexto=bd&selTab=tab2).
- Isabella, R., & Belsky, J. (1985). Marital change during the transition to parenthood and security of infant-parent attachment. *Journal of Family Issues*, 6, 505- 522.
- Ishii-Kuntz, M., & Ihinger-Talman, M. (1991). The subjective well-being of parents. *Journal of Family issues*, 12, 56-68.
- Johnston, C., & Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167- 175.
- Kaitz, M., & Katzir, D. (2004). Temporal changes in the affective experience of the new parents and their spouses. *Infant Mental Health Journal*, 25(6), 540- 555.
- Knauth, D. (2000). Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing and Health*, 23, 496- 509.
- Knauth, D. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), 169- 184.
- Knoester, C., & Eggbeen, D. (2006). The effects of the transition to parenthood and subsequent children on men's well-being and social participation. *Journal of Family Issues*, 27, 1532- 1560.
- Leite, R., & McHenry, P. (2002). Aspects of father status and postdivorce involvement with children. *Journal of Family Issues*, 23(5), 601-623.
- Lerner, J. & Galambos, N. (1985). Maternal role satisfaction, mother-child interaction, and child temperament: a process model. *Development Psychology*, 21(6), 1157-1164.

- Luthar, S., Doyle, K., Suchman, N., & Mayes, L. (2001). Developmental themes in women's emotional experiences of motherhood. *Development and Psychopathology*, 13, 165- 182.
- Martin, P., Halverson, C., Wampler, K., & Hollett-Wright, N. (1991). Intergenerational differences in parenting styles and goals. *International Journal of Behavioural Development*, 14(2), 195-207.
- Menéndez, S., Salgado, C., & Hidalgo, V. (1996, August). *Social support and parent's satisfaction during the transition to parenthood*. Paper presented at the 14 th Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioural Development, Quebec.
- Mercer, R. (1986). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. New York: Springer.
- Mercer, R., & Ferketich, S. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing Research*, 43(1), 38- 43.
- Minton, C., & Pasley, K. (1996). Fathers' parenting role identity and father involvement: a comparison of nondivorced and divorced, non-resident fathers. *Journal of Family Issues*, 17(1), 26- 45.
- Ozgun, O. & Honig, A. (2005). Parental involvement and spousal satisfaction with division of early childcare in turkish families with normal children and children with special needs. *Early child Development and Care*, 175(3), 259-270.
- Pancer, S., Pratt, M., Hunsberger, B., & Gallant, M. Thinking ahead: Complexity of expectations and the transition to parenthood. *Journal of Personality*, 68(2), 253-280.
- Perrone, K., Webb, L., & Jackson, Z. (2007). Relationships between parental attachment, work and family roles, and life satisfaction. *The Career Development Quarterly*, 55, 237- 248.
- Pittman, J., & Lloyd, S. (1988). Quality of family life, social support and stress. *Journal of Marriage and Family*, 50 (1), 53-67.
- Pittman, J., Wright, C., & Lloyd, S. (1989). Predicting parenting difficulty. *Journal of Family Issues*, 10 (1), 267-286.
- Pridham, K., & Chang, A. (1992). Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 204- 216.
- Pridham, K., Lin, C.H., & Brown, R. (2001). Mothers' evaluation of their caregiving for premature and full-term infants through the first year: contributing factors. *Research in Nursing & Health*, 24, 157- 169.
- Ragozin, A., Basham, R., Crnic, K., Greenberg, M., & Robinson, N. (1982). Effects of maternal age on parenting role. *Developmental Psychology*, 18, 627- 634.
- Reece, S., & Harkless, G. (1998). Self-efficacy, stress, and parental adaptation: Applications to the care of childbearing families. *Journal of Family Nursing*, 4(2), 198-215.
- Renk, K., Roberts, R., Roddenberg, A., Luick, M., Hillhouse, S., Meehan, C. Oliveros, A., & Phares, V. (2003). Mothers, fathers, gender role, and time parents spend with their children. *Sex Roles*, 48 (7/8), 305-315.
- Rogers, S., & White, L. (1998). Satisfaction with parenting: the role of marital happiness, family structure, and parents' gender. *Journal of Marriage and the Family*, 60(2), 293- 308.
- Sabatelli, R., & Waldron, R. (1995). Measurement issues in the assessment of the experiences of parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 969-980.

Statistical Office of the European Communities (Eurostat). Consultado em Março de 2008.

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,39140985&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies\\_new\\_population&root=Yearlies\\_new\\_population/C/C1/C13/cab10512](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C13/cab10512).

Statistical Office of the European Communities (Eurostat). Consultado em Março de 2008.

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,39140985&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies\\_new\\_population&root=Yearlies\\_new\\_population/C/C1/C12/cab12048](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C12/cab12048).

Tiedje, L., & Darling-Fisher, C. (1996). Fatherhood reconsidered: A critical review. *Research in Nursing and Health*, 19, 471-484.

Touliatos, J., Pelmutter, B.F. & Holden, G.W. (Eds). (2001). *Handbook of family measurements techniques, vol. 2. Abstracts*. Sage Thousand Oaks.

Tuckman, B. (2005). *Manual de investigação em educação*. (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Tulman, L., & Fawcett, J. (1990). Maternal employment following childbirth. *Research in Nursing and Health*, 13, 181- 188.

Umberson, D., & Gove, W. (1989). Parenthood and psychological well-being: theory, measurement, and stage in the family life course. *Journal of Family Issues*, 10(4), 440-462.

Vicary, J., & Corneal, D. (2001). A comparison of young women's psychosocial status based on age of their first childbirth. *Family Community Health*, 24(2), 73-84.

Waldron-Hennessey, R., & Sabatelli, R. (1997). The parental comparison level index: a measure for assessing parental rewards and costs relative to expectations. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 824-833.

White, L., & Booth, A. (1985). The transition to parenthood and marital quality. *Journal of Family Issues*, 6, 435- 449.

Wicki, W. (1999). The impact of family resources and satisfaction with division of labour on coping and worries after the birth of the first child. *International Journal of Behavioral Development*, 23(2), 431-456.

## Termo de Consentimento Informado

### Título da Pesquisa

«A Massagem no desenvolvimento do bebé e das competências parentais»

#### Objectivos

- estudar a relação entre a massagem infantil e os níveis de ansiedade de separação materna;
- perceber quais as expectativas dos pais em relação à criança;
- analisar a relação entre a massagem do bebé e os níveis de satisfação dos pais dos bebés;
- perceber se existe partilha da responsabilidade parental.
- estudar a relação entre a massagem do bebé e o temperamento do bebé.

**Metodologia:** a recolha de dados será efectuada através da aplicação de escalas

Eu \_\_\_\_\_

declaro que fui informado(a) do objectivo e metodologia da pesquisa intitulada «**A Massagem no desenvolvimento do bebé e das competências parentais**»

Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta pesquisa e que poderei em qualquer momento recusar continuar ou ser informado(a) acerca da mesma, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. É também do meu conhecimento que todos os dados por mim fornecidos serão usados exclusivamente para fins científicos e destruídos pelos investigadores após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato. Fui informado de que não terei qualquer tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa.

Depois do anterior referido concordo voluntariamente em participar no referido estudo.

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

Informante:

Investigadora: Sónia Bárcia

Contacto da Investigadora: 96 6466706

Morada: Universidade Atlântica - Barcarena

# Ficha de Caracterização

Nome Mãe \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_ Habilitações literárias \_\_\_\_\_

Nome Pai \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_ Habilitações literárias \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Estado civil casada  união de facto  solteira  outro

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo M  F

Sistema de Saúde \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

Fisioterapeuta \_\_\_\_\_ Pediatra \_\_\_\_\_

Quem enviou \_\_\_\_\_

Por que veio \_\_\_\_\_

Gravidez Planeada Sim  Não

Se respondeu Sim, a gravidez foi acompanhada Sim  Não

Por que profissional de saúde? \_\_\_\_\_

Data inicial \_\_\_\_\_ N.º sessões \_\_\_\_\_ Data final \_\_\_\_\_

Tipo de Parto \_\_\_\_\_ N.º de Filhos \_\_\_\_\_

Pai Presente  Ausente

Puerpério Bebê junto da mãe  Berçário  Outro \_\_\_\_\_

Amamentação Mamou logo  Mamou só \_\_\_\_\_ Neste momento \_\_\_\_\_

Avaliação Bebê Peso Nascimento \_\_\_\_\_ Comprimento \_\_\_\_\_ Apgar \_\_\_\_\_

Internamento S  N  Por quê \_\_\_\_\_

Avaliação do Pediatra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sono \_\_\_\_\_ Cólicas \_\_\_\_\_

Cuidados do Bebê Banho \_\_\_\_\_ Quem faz \_\_\_\_\_

Muda Fralda \_\_\_\_\_

Dores \_\_\_\_\_

Complicações Mãe \_\_\_\_\_

Bebé \_\_\_\_\_

Comportamento do bebê em casa (massagem, relação com os cuidadores, choro)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Manual das Sessões de Pós Parto



## **Organização**

Sónia Bárcia

## **Coordenação Científica**

Prof. Doutora Manuela Veríssimo

2009



Linha 1 – Psicologia do Desenvolvimento

Unidade de Investigação em Psicologia Cognitiva, do Desenvolvimento e da Educação

Unidade de I&D (nº 332/94) financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia

## ÍNDICE

• Justificação Pós-Parto .....	3
• Sessões Pós-Parto .....	7
• Organização Sessões Massagem .....	11
▪ Material necessário .....	11
▪ Ambiente .....	11
▪ Administração .....	12
• Conteúdos Sessões Massagem .....	13
• Resumo sequência das massagens .....	15
• Referências bibliográficas .....	17

## JUSTIFICAÇÃO PÓS-PARTO

---

O pós-parto é um período muito importante para a mulher, contudo de grande desgaste a nível físico, psicológico, emocional e social (World Health Organization 1999; Mercer, 2006; Shaw & Kaczorowski, 2007). Este período inicia-se 1 hora após a saída da placenta e prolonga-se até às 6 semanas após o nascimento (WHO, 1999). Segundo Mottola (2002), este pode ser dividido em três fases:

1. Cuidados hospitalares (alta hospitalar 48h após um parto eutócito e 72h após parto por cesariana)
2. Pós parto imediato (2 dias - 2 semanas após o parto)
3. 6 Semanas após o nascimento

Os profissionais de saúde na primeira fase centram os seus cuidados na amamentação, cuidados com o bebé (ex. higiene), cuidados com a mãe (ex. episiotomia, hemorragia), apoio que as mães devem ter em casa nestes primeiros dias e a fase do “baby blues”.

Na segunda fase, a amamentação e o suporte social continuam a ser pontos importantes na avaliação dos profissionais de saúde, a par das informações sobre o recém-nascido, avaliação da mãe e depressão pós-parto. Na terceira fase, as preocupações estão centradas na saúde da mãe e do bebé, assim como a amamentação, contraceção, problemas de incontinência, o exercício e o controlo alimentar (Mottola, 2002; Shaw & Kaczorowski, 2007).

Contudo, a WHO (2003) preconiza que as mães devem amamentar as crianças em exclusivo até aos 6 meses de idade e que esta se pode prolongar com alimentação mista até aos 2 anos. Além disso, se tomarmos em consideração outros aspectos, como as alterações fisiológicas e psicológicas relacionadas com a gravidez e o parto, estas podem-se prolongar por um ano ou mais, as licenças de maternidade estão a aumentar o seu período, todos estes aspectos levam a que todas estas preocupações desta última fase do período pós-parto, não se esgotam às

6 semanas, mas possam persistir até pelo menos 1 ano de idade da criança (Fleming, Klein & Corter, 1992, Mottola, 2002; Shaw & Kaczorowski, 2007).

Esta divisão tradicional e os estudos que se têm vindo a realizar no campo da depressão, incontinência urinária, suporte social, têm levado os profissionais de saúde a defender que este período do pós parto não deve terminar às 6 semanas, mas que se deve prolongar até 1 ano de vida (Mottola, 2002; Borjesson, Paperin, & Lindell, 2004; Shaw & Kaczorowski, 2007).

Segundo a WHO (1999), embora o pós-parto seja um período de grande transição nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, este tem sido preterido em relação à gravidez e ao parto. Também Fleming et al (1992), chamam a atenção para o facto dos grupos de preparação para o nascimento serem uma prática comum e rotineira, contudo habitualmente não têm continuação no puerpério. No entanto, esta fase é responsável por grande parte das mortes maternas, por diversas causas como hemorragia, infecções e eclâmpsia. Assim como, pode estar relacionada com algumas complicações maternas, como incontinência, dor no períneo, problemas psicológicos, entre outros.

O suporte dado no pós-parto deve ter duas vertentes, por um lado deve responder às necessidades da mãe e por outro, igualmente importante, às necessidades do bebé (WHO, 1999; Choi, Henshaw, Baker, & Tree, 2005). Este deve ser um período de interacção entre a puérpera e os profissionais de saúde. Existem diversos estudos que demonstram diferentes formas de actuação, que vão desde: telefonemas, visitas domiciliárias ou consultas em unidades de saúde e interacção em grupo (Gardner, & Deatrick, 2006; Shaw, Levitt, Wong, & Kaczorowski, 2006; Shaw & Kaczorowski, 2007).

Os programas de suporte social não têm um formato standard, havendo diferentes abordagens, contudo a WHO (1999) preconiza:

Cuidados da mãe devem contemplar:

1. Informação e aconselhamento: nos cuidados com o bebé, amamentação, alterações imagem corporal, cuidados com a mãe (períneo, cicatriz, contracepção, cuidados pessoais, nutrição)

2. Apoio: Profissionais de saúde (prevenção e tratamento de complicações ou doenças, protecção contra violência, reintegração social - companheiro e família (ajuda nas tarefas domésticas, cuidados bebé, apoio a medos inerentes á maternidade)

Cuidados do bebé devem contemplar:

1. Alojamento conjunto
2. Ambiente adequado às necessidades bebé
3. Promoção aleitamento
4. Cuidados parentais
5. Amor, estimulação, carinho
6. Despiste alterações
7. Aceitação
8. Protecção maus-tratos

Borjesson et al (2004) chamam a atenção para a importância e os perigos da privação de interacção entre os pais e o bebé, durante o primeiro ano de vida. Este apoio, tanto emocional como prático, tem implicações à posteriori tanto na saúde física como mental da criança. O suporte dado pelos profissionais de saúde e pelos outros pais pode ajudar no aumento da auto-estima dos novos pais, aumento das competências parentais, diminuição da ansiedade, possibilitando estar mais alerta e disponível aos sinais do bebé (Borjesson et al, 2004; Glade, Bean & Vira, 2005).

O apoio dado neste período pelos profissionais de saúde através da transmissão de conhecimentos e da avaliação da situação, influencia de forma positiva a relação da mãe e do bebé e no desempenho e prestação dos cuidados maternos (Warren, 2005). Os encontros regulares entre mães, associado ao facto dos locais que prestam cuidados pré-natais ser o mesmo do pós-natal, potencia um espaço de encontro e de partilha entre as puérperas, facilitando a troca de ideias e potenciando o apoio social (Kiehl, Carson & Dykes, 2007). O facto das mães terem um espaço onde podem ser ouvidas e onde partilham as suas dúvidas e medos, com os profissionais de saúde e com as outras mães, ajuda-as a lidar melhor com a situação e a facilitar a relação com o bebé. Muitas vezes a

mãe precisa de ouvir o profissional de saúde, entendido por ela como especialista no assunto, para conseguir relacionar-se melhor com o seu bebé (Mercer, 2006).

Woollett & Nicolson (1997) referem que o pós parto deve ir ao encontro das teorias de *Bonding* (Klaus e Kennel) e do *Attachment* (Bolwby) o ponto fulcral do pós parto deve ser no sentido de estabelecer a relação mãe-bebé. É importante distinguir os sentimentos da mãe em relação ao bebé que por norma são muito positivos, dos que ela experiencia com o facto de ter um novo papel social, o de ser mãe. Para estes autores, o pós-parto devia não só ser estudado do ponto de vista da influência dos pais no desenvolvimento do bebé, mas também de que forma é que o bebé interfere na relação com os pais.

## SESSÕES PÓS-PARTO

---

As sessões de pós-parto que se vão apresentar neste estudo vem ao encontro do que foi dito anteriormente. Os Fisioterapeutas que trabalham na área da saúde da mulher, sentiram necessidade de apoiarem as mães que já faziam com eles preparação para o nascimento e darem continuidade a esse apoio no pós-parto.

Esta ajuda é dada nas primeiras semanas, através de contacto telefónico. As mães podem recorrer ao seu apoio, colocando-lhe as suas dúvidas via telefone ou indo pessoalmente ao local das sessões. Entre a 5<sup>a</sup> – 8<sup>a</sup> semana inicia-se o curso de pós-parto. Este tem uma duração de 2 meses (8 sessões), de forma a apoiar as mães até estas voltarem à actividade laboral. De acordo com as disponibilidades físicas ou de horário dos serviços, pode decorrer duas vezes por semana, durante 1 hora em cada dia ou uma vez por semana durante 2 horas.

As sessões estão organizadas em duas vertentes uma a pensar na mãe e que tem como objectivo a recuperação física e outra a pensar no bebé e na sua relação com os pais, de estimulação táctil através da massagem ao bebé.

Nas sessões dedicadas à mãe, o objectivo é de fortalecer, alongar e prevenir futuras complicações. Dá-se prioridade ao trabalho do períneo para prevenir futuras situações de incontinência. O pavimento pélvico devido ao constante estiramento que esteve sujeito tanto na gravidez como durante o trabalho de parto, normalmente encontra-se com menos força do que antes da mãe ter engravidado. Outro ponto importante é o trabalho muscular, tanto no fortalecimento de alguns grupos musculares que foram mais envolvidos na gravidez, como os abdominais e os músculos extensores da coluna, como alongamentos dos grupos musculares que quer pela gravidez, quer pelas posições adoptadas posteriormente pelas mães, se encontram em encurtamento. O fortalecimento e os alongamentos têm como objectivos prevenir futuras queixas, como as dores nas costas, ajudar a mãe a recuperar a sua aparência física, possibilitando que esta se sinta melhor consigo mesma, ajudando a recuperar a sua auto-imagem e melhorando a sua auto-estima.

O período de recuperação do pós-parto a nível fisiológico e morfológico não é consensual, para uns autores dura em média entre 5-7 semanas (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé – ANAES, 2002), 6 – 8 semanas (Mottola, 2002) ou 4 - 6 semanas (Artal, O'Toole, & White, 2003; Larson-Meyer, 2003).

Embora não haja consenso nos intervalos o início dos exercícios poderá ocorrer entre a 4ª e a 8ª semana. Tendo em conta que esse é o tempo necessário para se dar a involução do útero, fim dos lóquios, aproximação da diástase dos rectos abdominais e cicatrização tanto da episiotomia como da cesariana.

O exercício tem muitas vantagens para a puérpera, tais como: prevenção da obesidade, aumento da capacidade aeróbia e da força, aumento da mineralização óssea, melhoria do humor, diminuição da depressão e da auto-estima e a criação de hábitos saudáveis na mãe e no bebé (Mottola, 2002; Armstrong, K., & Edwards, H., 2003; Artal, O'Toole, & White, 2003; Larson-Meyer, 2003).

Não existem *guidelines* ou estudos de prática baseada na evidência que fundamentem o tipo de exercício que as puérperas devem fazer, mas existem alguns princípios que se devem respeitar. No caso de uma gravidez e parto sem complicações e após uma avaliação da mãe, estas podem iniciar logo que se sintam bem, um programa de exercícios de carga leve composto por exercícios do períneo, marcha e alongamento. No caso de uma cesariana ou parto complicado, as puérperas devem iniciar os exercícios após avaliação, mas esta só deve ocorrer entre a 6ª – 8ª semana. O programa de exercícios deve ser adaptado a cada mulher e a fadiga deve ser evitada. A puérpera deve conseguir contrair os músculos do períneo antes dos músculos abdominais. Exercícios que aumentem a pressão intra-abdominal ou que provoquem um afastamento dos rectos abdominais devem ser evitados (ANAES, 2002; Mottola, 2002; Artal, O'Toole, & White, 2003; Larson-Meyer, 2003).

Para iniciar, os programas poderão ter uma duração de 5-10 mn de aquecimento, 15 mn de actividade moderada e 5-10 mn arrefecimento (warm-down). A carga de trabalho deve aumentar 5 mn por semana, sempre tendo em atenção o grau de cansaço da mãe. Estas devem ser incentivadas a fazer exercício pelo menos 3 vezes por semana, este não se limita ao programa de exercícios que fazem nas aulas de pós-parto, mas

podem andar ou passear com o carrinho do bebé na rua (Mottola, 2002; Larson-Meyer, 2003).

A segunda vertente é dedicada à relação mãe-bebé tão defendida nos estudos anteriormente apresentados, em que a mãe através das sessões de massagem, através da estimulação táctil vai aprender a lidar melhor com o seu bebé. Quando realiza a massagem a mãe estimula o seu bebé através do cheiro, toque, vocalização, visão e audição, permitindo que ambos se conheçam melhor, que a mãe reconheça os sinais de bem-estar e mal-estar do bebé mais facilmente. Este contacto íntimo favorece a vinculação, assim como traz muitos benefícios para ambos os protagonistas mãe e bebé, tanto a nível físico como psicológico (Field, 2001; Field, Diego & Hernandez-Reif, 2007; Figueiredo, 2007).

A massagem deve ser iniciada gradualmente, pois são muitos estímulos para um bebé pequeno (visual, auditivo, táctil, odor), o que pode levar a um estado de cansaço rápido, assim como esta abordagem permite que o bebé se vá adaptando à rotina. O objectivo é que o bebé vá descobrindo pouco a pouco o prazer daquele momento.

A massagem faz-se em todo o corpo, cabeça, membros superiores, peito, tronco, abdómen, membros inferiores e costas. Os pais devem-se ir apercebendo quais os locais que dão mais prazer ao bebé e aqueles que ele menos gosta (Walker, 2000; Auckett, 1989)

A massagem inicia-se numa zona onde o estímulo táctil seja comum e seja facilmente reconhecida pelo bebé. Muitos bebés preferem iniciar pelos membros inferiores, pois é uma zona que com a mudança da fralda está continuamente a ser tocada. Partindo dos membros inferiores a massagem progride para todo o corpo (Walker, 2000).

Tendo em conta o princípio da sobre-carga, que nos diz que para haver sentido de adaptação positivo o organismo tem de ter solicitações de intensidade e frequência crescentes (exigência progressiva), sendo assim, o estímulo deve ir aumentando ao longo das semanas, para evitar a monotonia, a habituação e acomodação, permitindo que o sistema nervoso esteja continuamente a ser estimulado. Os bebés iniciam entre as

5 e as 8 semanas, quanto mais novo menor é o limiar de tolerância e de cumplicidade com os pais. O tempo de massagem inicia-se com 10 - 15mn, aumentando o período de massagem 5 mn semanalmente, terminando as sessões com 45 mn de massagem. É importante os pais aprenderem a ler as pistas que o bebé lhes dá, quando está receptivo para receber a massagem ou quando não está, e é preciso parar.

Os pais, muitas vezes, referem que os bebés, ao contrário das tecnologias que temos ao nosso dispor, não trazem acoplados livro de instruções. Por isso, quando comunicam é através do choro, sendo por vezes, difícil adivinhar a solução. É necessário aprender a identificar as pistas que o bebé dá, muitas delas através da linguagem corporal. Este está disponível quando apresenta sinais faciais de alerta (olhos bem abertos, face reluzente, sobrancelhas levantadas, olhos fixos em nós e cabeça levantada), mãos abertas com dedos relaxados e ligeiramente flectidos, emite sons como palrar, balbuciar, falar (ou sons semelhantes aos de comer) sorri, e tem movimentos suaves com os quatro membros. Pelo contrário, apresenta-se indisponível quando emite sons como choramingar, soluçar, ou quando evidencia um choro forte, face franzida, cabeça baixa, olhos semi-fechados, aumentam os sons de sucção, se boceja, se não tem contacto visual e foge de nós, movimentos rápidos com os quatro membros, se dá pontapés e ou se tenta afastar-nos, com a mão, arqueia o corpo, e os ombros estão levantados.

A solução nem sempre é difícil, poderá passar por resolver as necessidades fisiológicas, estar alerta aos sinais, parar ou alterar algum dos componentes da massagem, tais como: pressão, duração, velocidade, frequência, temperatura, direcção (por exemplo, alterar a pressão, reduzir a velocidade, mudar o local da massagem, mudar a posição da criança ou diminuir a quantidade de estímulo), conseguindo-se assim, obter uma resposta mais adequada.

A massagem só é uma mais-valia na construção de uma relação forte quando ambos os protagonistas estão disponíveis para tal. A utilização da massagem na promoção da relação pais-bebé ajuda no aumento da confiança dos pais nas suas competências, na capacidade para lidar e compreender o bebé (Clarke, Gibb, Hart, & Davidson, 2002).

## ORGANIZAÇÃO SESSÕES MASSAGEM

---

### Material necessário

- 1 Boneco de corpo mole (para a fisioterapeuta exemplificar a massagem)
- Óleo para a massagem
- Colchões
- Lençóis ou toalhas
- Almofadas
- Resguardos
- Sistema de climatização sala
- Sistema de som

### Ambiente

- É necessária uma sala climatizada com temperatura agradável para despir os bebés.
- A sala não deve ser em espaço aberto, de forma a proporcionar um ambiente calmo, onde mães e os bebés podem comunicar.
- A sala deve estar limpa para permitir colocar as mães e os bebés no chão em colchões.
- Dimensões sala devem permitir alojar os carrinhos, as mães e os bebés.
- A sala deve ter de preferência luz natural.
- Deve haver um caixote do lixo para colocar as fraldas dos bebés e resguardos impermeáveis para quando os bebés ficam sem fralda.
- Sistema de som para o início e final das sessões.

## Administração

Os colchões são colocados no chão, as mães ficam sentadas nos colchões com os bebés, devem ficar numa posição confortável, com as costas bem apoiadas. Os colchões devem ter lençóis ou toalha com o resguardo para permitir que o bebé esteja numa superfície limpa e quente. A fisioterapeuta fica frente-a-frente das mães com o boneco. Os movimentos são exemplificados no boneco e as mães repetem no seu bebé. A massagem deve ser realizada com pressão moderada, esta é demonstrada nas mães para que tenham a noção da pressão moderada.

As mães devem ter atenção às suas unhas, estas devem estar curtas e deve retirar os anéis, pulseiras que possam magoar o bebé.

As mães devem vestir roupa confortável tanto para as sessões de massagem como para as dos exercícios.

## CONTEÚDO DAS SESSÕES MASSAGEM

---

### **1ª Sessão:** Preenchimento da ficha de avaliação do pós-parto

Avaliação do parto e das primeiras semanas pós-parto.

Pontos fortes e fragilidades.

Avaliação amamentação, força períneo, diástase rectos abdominais, vida sexual e suporte social (pai, familiares, amigos, etc)

Espaço para dúvidas.

Expectativas em relação ao curso e como é que este irá decorrer.

### **2ª Sessão:** Importância do Toque e estudos desenvolvidos nesta área.

Massagem dos **membros inferiores** e cólicas

### **3ª Sessão:** massagem dos **membros inferiores** e massagem do **abdómen**.

Espaço para perguntas e tema relacionado com o bebé.

### **4ª Sessão:** massagem dos membros inferiores, massagem do abdómen e **peito**.

Espaço para perguntas e tema relacionado com o bebé.

### **5ª Sessão:** massagem dos membros inferiores, massagem do abdómen, peito e **membro superior**.

Espaço para perguntas e tema relacionado com o bebé.

### **6ª Sessão:** massagem dos membros inferiores, massagem do abdómen, peito,

Membros superiores, **face e cabeça**.

Espaço para perguntas e tema relacionado com o bebé.

**7ª Sessão:** massagem dos m. inf., abdómen, peito, m.sup., face, **costas e exercícios.**

Espaço para perguntas e tema relacionado com o bebé.

**8ª Sessão:** Sessão de dúvidas. Repetição de toda a sequência.

Espaço para perguntas e tema relacionado com o bebé.

A primeira sessão de massagem inicia com 15 mn de massagem e 45 mn de troca de informação, podendo englobar temas relacionados com a massagem (história, benefícios, indicações, contra-indicações) ou com o desenvolvimento do bebé (estádios de comportamento do recém-nascido, amamentação, identificação de pistas do bebé, desenvolvimento motor, etc), papel do pai. A última sessão deve ser o oposto, 15 mn de diálogo e 45 mn de massagem.

A massagem é realizada pela mãe/pai no seu bebé, enquanto a investigadora exemplifica num boneco. É necessário a utilização de um óleo hipo alérgico, para que as mãos deslizem sem haver atrito, entre elas e a pele do bebé. Deve ir colocando óleo ao longo da massagem e quando muda de local para que as mãos deslizem facilmente no corpo do bebé.

## RESUMO SEQUÊNCIA DAS MASSAGENS

---

### *Cabeça/Cara*

Deslizar as mãos ao longo dos dois lados da cabeça e face. Utilizar as extremidades distais dos dedos e deslize na testa, sobrancelhas, nariz, boca. Faça movimentos circulares ao longo do maxilar.

### *Membros Superiores*

Deslizar a mão desde o ombro até à mão, esta deve estar moldada e adaptada ao formato do membro superior do bebé. Uma das mãos deve deslizar enquanto a outra suporta o braço. Use movimentos contínuos. Faça movimentos de enroscar e desenroscar do ombro até à mão. Massageie a palma da mão e os dedos. Faça movimentos circulares na face dorsal da mão e punho. Deslize ao longo do braço desde o punho até ao ombro. Role o membro entre as suas mãos. Repita estes movimentos no outro membro.

### *Peito*

Faça movimentos em ambos os lados do tórax do centro para fora e para baixo. Cruze com as suas mãos o tórax, do peito para o ombro.

### *Abdómen*

Faça movimentos descendentes ao longo do abdómen de cima para baixo. Em seguida faça movimentos circulares com os seus dedos, no sentido dos ponteiros do relógio. Palpar e sentir se o abdómen está timpanizado.

### *Membros Inferiores*

Deslizar a mão desde a anca até ao pé, esta deve estar moldada e adaptada ao formato do membro inferior do bebé. Uma das mãos deve deslizar enquanto a outra suporta a perna. Use movimentos contínuos. Faça movimentos de enroscar e desenroscar da anca até ao pé. Massageie a planta do pé e os dedos. Faça movimentos circulares na face dorsal do pé e tornozelo. Deslize ao longo da perna desde o pé até à anca. Role o membro entre as suas mãos. Repita estes movimentos no outro membro.

### *Costas*

Deslizar ao longo das costas do bebé no sentido descendente, em ambos os lados. Deslizar do pescoço até às nádegas e depois até ao pé. Molde bem as suas mãos à superfície. Faça pequenos círculos em ambos os lados, nos músculos das costas e nas nádegas. Não fazer massagem sobre a coluna vertebral.

Utilize uma fase cinestésica após a massagem, com a realização de exercícios nos membros inferiores e superiores adaptados ao desenvolvimento motor do bebé

(Aucklet, 1989; Field, 2001; Walker, 2000)

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé - ANAES. (2002). *Postpartum reeducation - Guidelines*. ANAES.
- Armstrong, K., & Edwards, H. (2003). The effects of exercise and social support on mothers reporting depressive symptoms: a pilot randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 130-138.
- Artal, R., O'Toole, M., & White, S. (2003). Guidelines of the American college of obstetricians and gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *British Journal of Sports medicine*, 37, 6-12.
- Auckett, A. (1989). *Baby massage: Parent-Child bonding through touch*. New York: Newmarket Press.
- Borjesson, B., Paperin, C., Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 588-594.
- Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 167-180.
- Clarke, C., Gibb, C., Hart, J., & Davidson, A. (2002). Infant massage: developing an evidence base for health visiting practice. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 6, 121-128.
- Field, T. (2001). *Touch*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M. (2007). Massage therapy research. *Developmental Review*, 27 (2007) 75–89.
- Figueiredo, B. (2007). Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (1), 29- 38.
- Fleming, A., Klein, E., & Corter, C. (1992). The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(4), 685-698.
- Gardner, M., & Deatrick, J. (2006). Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 25-44.

- Glade, A., Bean, R., & Vira, R. (2005). A prime time for marital/ relational intervention: a review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *The American of Family Therapy*, 33, 319- 336.
- Kiehl, E., Carson, D., & Dykes, A-K. (2007). Adaptation and resiliency in swedish families. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 329-337.
- Larson-Meyer, E. (2003). The effects of regular postpartum exercise on mother and child. *International SportMed Journal*, 4(6), 1-14.
- Mercer, R. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 649-651.
- Mottola, M. (2002). Exercise in the postpartum period: practical applications. *Current Sports Medicine Reports*, 1, 362-368.
- Shaw, E., Kaczrowski, J. (2007). Postpartum care – what’s new?. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19, 561-567.
- Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., Kaczrowski, J., & McMaster University Postpartum Research Group. (2006). Systematic Review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, 33(3), 210-220.
- Walker, P. (2000). *Baby massage*. London: Carrol & Brown Publishers.
- Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488.
- Woollett, A., & Nicolson, P. (1997). Post-partum care and experiences of mothering – editorial. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15, 85-89.
- World Health Organization (Technical Working group). (1999). Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. *Birth*, 26(4), 255-258.
- World Health Organization. (2003). *Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries*.
- Consultado em Dezembro do 2008, [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241591218/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241591218/en/index.html)