



UNIVERSIDADE DO ALGARVE



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**ACONSELHAMENTO NO PUERPÉRIO:
EFEITOS NA AUTO-ESTIMA**

Dissertação para a obtenção do
Grau de Mestre em Psicologia,
Especialização em Psicologia da Saúde

MARIA CELESTINA COIMBRA FERNANDES PRATA

Faro, 2009



UNIVERSIDADE DO ALGARVE



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ACONSELHAMENTO NO PUERPÉRIO:

EFEITOS NA AUTO-ESTIMA

Dissertação para a obtenção
do Grau de Mestre em Psicologia,
Especialização em Psicologia da Saúde

MARIA CELESTINA COIMBRA FERNANDES PRATA

Aluna nº 27311

Orientadora: Professora Doutora Gabriela Gonçalves

Faro, 2009

NOME: MARIA CELESTINA COIMBRA FERNANDES PRATA

DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA GABRIELA GONÇALVES

DATA: 1 DE JULHO DE 2009

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: ACONSELHAMENTO NO PUERPÉRIO: EFEITOS NA AUTO-ESTIMA.

JÚRI:

PRESIDENTE:

DOUTOR JOSÉ CARLOS PESTANA DOS SANTOS CRUZ, PROFESSOR AUXILIAR DA FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

VOGAIS:

DOUTORA GABRIELA GONÇALVES, PROFESSORA AUXILIAR DA FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE, NA QUALIDADE DE ORIENTADORA.

DOUTORA MARIA FILOMENA LOPES CAPITÃO BAYLE, HOSPITAL DOS PIRINÉUS, PAU, FRANÇA, NA QUALIDADE DE ESPECIALISTA.

*Todos nós nascemos e crescemos numa família,
e como a geração espontânea está por descobrir,
todos nós temos um pai e uma mãe.
Nesta família de origem aconteceram coisas que,
para além do seu conteúdo factual,
tiveram a acompanhá-las emoções que
ficam gravadas em nós para sempre.
Cada um de nós transporta pela vida fora este
reportório emocional que lhe vai servir
para amar, sofrer, brincar, ser sério,
estar só e estar com os outros.*

In Gameiro (1999, p. 99)

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.

À Direcção do Centro de Saúde de Albufeira.

Aos enfermeiros do Centro de Saúde de Albufeira, pela disponibilidade para colaborar neste estudo.

Às mulheres, seus bebés e companheiros, representantes da nossa amostra, pela disponibilidade e confiança.

À Professora Doutora Gabriela Gonçalves, pela disponibilidade e paciência.

À Marta Brás pelo estímulo positivo e apoio, imprescindíveis à concretização deste estudo.

À minha família pela compreensão e carinho.

A todos o meu muito obrigado e reconhecimento sincero.

RESUMO

Os estudos realizados no âmbito do Aconselhamento no puerpério têm demonstrado que a prestação de informação e apoio eficazes às recém-mães tende a aumentar o seu bem-estar e auto-estima (Huq e Tasmin, 2008). Estes estudos necessitam contudo de validação e aprofundamento científico.

Neste sentido realizou-se uma investigação ação de método *quasi-experimental*, em que se procurou observar o efeito do aconselhamento estruturado na auto-estima, *stress*, ansiedade estado e no grau de conhecimentos através da comparação dos resultados obtidos nos grupos, experimental e de controlo, ambos constituídos por 20 mulheres.

Os resultados foram favoráveis, revelando que existem associações entre o grau de conhecimentos, auto-estima, *stress* e ansiedade. Indicam que, após o aconselhamento estruturado, os níveis de auto-estima e o grau de conhecimentos tendem a aumentar, enquanto o nível de *stress* e o grau de ansiedade tendem a diminuir. O aconselhamento estruturado parece assim ter um efeito positivo no bem-estar das puérperas.

Palavras-chave: Puerpério; Aconselhamento; Auto-estima.

ABSTRAT

The studies made in relation to counseling in the puerperium demonstrate that the supplying of information and an efficient support of new mothers raises well-being and self-esteem (Huq & Tasmin, 2008). These studies need, however, validation a scientific investigation.

Following this idea an action investigation of quasi-experimental method was under taker where the effect of counseling structured on self-esteem, stress, state of anxiety e knowledge level was studied by comparing the results obtained in experimental and control groups both with 20 women´s.

The results were favorable revealing the existence of association between level of knowledge, self esteem, stress and anxiety. It is indicated that after structured counseling levels of self-esteem and knowledge tend to rise, while level of stress a degree of anxiety tend to diminish. Structured counseling appears therefore to have a positive effect on the well-being of new mothers.

Keywords: Puerperium; Counseling; Self-esteem.

ÍNDICE

Pág.

1-INTRODUÇÃO.....	12
2- ESTADO DA ARTE.....	17
2.1-Gravidez e maternidade.....	17
2.2-O parto: antes, durante e após.....	19
2.3- Vinculação e cuidados maternos.....	24
2.3.1- Modelos de vinculação.....	29
2.4- Manifestações psicológicas do puerpério.....	32
2.5-Aconselhamento.....	38
2.6- Auto-estima.....	41
3- INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	48
3.1- Definição e operacionalização das variáveis.....	49
3.2- Metodologia.....	51
3.2.1- População e amostra.....	51
3.2.2- Caracterização da amostra.....	52
3.2.3- Instrumentos.....	53
3.2.4- Procedimentos.....	59
4- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	62
5- DISCUSSÃO.....	72
6- CONCLUSÃO.....	76
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

ANEXOS

Anexo 1- Pedido de autorização para a aplicação de questionário

Anexo 2-Escalas dos questionários

Anexo 3- Questionário I

Anexo 4- Questionário II

Anexo 5- Questionário III

Anexo 6- Resposta de Conselho Directivo, ARS do Algarve, IP.

Anexo 7- Aconselhamento estruturado

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das mulheres segundo a condição e a escolaridade

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo a condição e a constituição do agregado familiar.

Tabela 3 - Médias e desvio-padrão observadas no estado de ansiedade em ambas as condições, nos momentos A, B e C

Tabela 4 - Médias e desvio-padrão observadas na experiência positiva e experiência negativa, observadas em ambas as condições, no momento A.

Tabela 5 - Médias e desvio padrão observadas nas emoções (positivas e negativas) em função das habilitações literárias em ambas as condições.

Tabela 6 - Médias e desvio padrão observadas na variável stress em ambas as condições

Tabela 7 - Médias e desvio padrão observadas na variável auto-estima em ambas as condições.

Tabela 8 - Médias e desvio padrão observadas na variável percepção de conhecimentos em ambas as condições.

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Ansiedade estado, observado no momento A em ambas as condições

1- INTRODUÇÃO

A saúde é entendida como a manifestação de bem-estar físico, psicológico e social, dependendo, por isso, de múltiplos factores (Odgen, 1999). Está naturalmente relacionada com o ambiente em que o ser humano vive, com a estrutura da sociedade, com os seus hábitos pessoais e estilos de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), cerca de 80% das pessoas vivem em cidades embora esteja provado que o facto de viver em espaços urbanos dificulta a vivência em família alargada, reduzindo o potencial de apoio social e familiar.

À semelhança do que se tem vindo a verificar no mundo e em toda a Europa, em Portugal as populações tendem a despovoar as zonas rurais e a centrar-se nos grandes centros urbanos, de que são exemplo as cidades de Lisboa, Porto e Faro. Na região do Algarve, verifica-se o mesmo movimento da população – das regiões mais interiores para o litoral –, havendo ainda a registar o facto de ser um potencial local de fixação de muitos emigrantes, pelas suas características geográficas e condições de vida (Covas, 2005). Uma das cidades que mais tem crescido nos últimos anos é a cidade de Albufeira – onde o presente estudo incidirá – o que se reflecte em diversas áreas, mas principalmente nas instituições de saúde.

As altas das puérperas nas maternidades nos partos eutócicos praticam-se precocemente, quarenta e oito ou setenta e duas horas pós-parto. As mães que vivenciam esta experiência pela primeira vez e que podem apresentar maiores necessidades de esclarecimento, deixam assim de poder partilhar permanentemente as suas dúvidas, geradoras de ansiedade, com um profissional com competência para as

esclarecer, minimizando ou eliminando estas causas de mau - estar e promovendo a sua saúde.

O modelo de promoção de saúde desenvolveu-se como complemento de outros modelos de protecção da saúde. Logo a promoção da saúde deve incluir não só *acções dirigidas ao fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também acções dirigidas para a alteração das condições sociais, económicas* (Matos et al. 2000, p. 21). O desenvolvimento de autonomia e competência permitirá aos indivíduos adquirir maior controlo sobre os seus determinantes de saúde, melhorando dessa forma a mesma. Esta autonomia, auto-eficácia e auto-confiança são de extrema importância na fase de maternidade.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal. Estas recomendações baseiam-se na revisão sistemática de estudos controlados e da aplicação dos conceitos da medicina baseada em evidências. Os dez princípios fundamentais da atenção perinatal, assinalados pela OMS, indicam que os cuidados na gestação, no parto normal e no pós-parto deve:

1. Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando um conjunto mínimo de intervenções realmente necessárias;
2. Ser baseado no uso de tecnologia apropriada. Os métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, devem adequar-se ao problema específico. Tendo como objectivo a redução do uso excessivo de tecnologia sofisticada, ou complexa, quando procedimentos mais simples podem ser suficientes.
3. Ser baseado em evidências, o que significa optar pela melhor evidência científica disponível e por estudos controlados, quando seja possível, e apropriados;

4. Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência: de centros de cuidados de saúde primários para centros de cuidados especializados.
5. Ser multidisciplinar e multi-profissional.
6. Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, não sendo somente um cuidado biológico;
7. Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e do seu filho, mas do casal;
8. Ser apropriado, tendo em conta as diferenças culturais.
9. Ter em consideração o consentimento informado, estando atento à tomada de decisão das mulheres;
10. Respeitar a privacidade, dignidade e a confidencialidade das mulheres.

Estes princípios asseguram fortemente a protecção, a promoção da saúde das mulheres que pretendam a maternidade. Assim, os profissionais de saúde são responsáveis pela promoção de vivências positivas à mulher que se encontra no pós-parto, potenciando o nível de conhecimentos, favorecendo o aumento da auto-estima estado e diminuindo a ansiedade.

Alguns autores (*e.g.* Goleman, 1999) defendem que o recurso a determinado tipo de pensamentos, de carácter mais positivo, conduzem a comportamentos e emoções mais adequados e positivos. Sendo possível canalizar a energia psíquica no sentido de um desempenho mais próeficiente, de forma a que este processo se possa tornar cada vez mais automático, diminuindo o esforço por parte dos indivíduos e conseguindo o grau de excelência sem esforço. O enfermeiro na sua prática diária deve pautar a prestação de cuidados pela qualidade visando a manutenção da saúde das pessoas. É importante que estes profissionais de saúde encarem a saúde como uma representação

mental, um estado subjectivo de procura de equilíbrio que é reflexo de um processo dinâmico, contínuo e sobretudo desejado e imprescindível.

A mulher após o seu primeiro parto pode-se encontrar insegura para amamentar e o bebé pode também revelar debilidade no acto de sucção ou, mesmo, posicionar-se inapropriadamente. Tanto a mãe como o filho podem ser apoiados, potenciando o prazer desta tarefa para ambos. As mulheres muitas vezes revelam dúvidas/dificuldades na identificação dos sinais de saciedade e de satisfação do seu bebé, uma vez que eles não verbalizam estes sentimentos, assim como horários para amamentação, aumento ponderal, hábitos de sono, revelam ainda dúvidas acerca de dor nos mamilos, ingurgitamento mamário e produção láctea, contracepção e relações sexuais permitidas nesta fase (King, 1991).

As iniciativas de promoção da saúde eficazes usam uma variedade de métodos, como por exemplo o aconselhamento, de forma a facilitar a mudança no comportamento, porque muitas vezes os profissionais de saúde enfatizam o aspecto biológico do puerpério em detrimento das questões singulares da mulher, que podem incluir tanto emoções positivas quanto negativas relativamente a esta vivência.

De acordo com Barreto, Arranz e Molero (1997), o desafio para os técnicos de saúde, que pode ser prestado por psicólogos, mas também por outros técnicos de saúde, como os enfermeiros, residirá na escuta activa, na observação e vigilância dos sinais de mau - estar e ansiedade. A intervenção terapêutica consistirá essencialmente em medidas preventivas, revestindo-se de procedimentos dirigidos aos factores de risco acrescido. Barros (2003), defende que na primeira infância toda a actividade profissional deve focar-se nos pais e cuidadores do bebé, levando-os a vislumbrar que a sua responsabilidade não é somente o evitamento de acidentes e doenças, mas sobretudo

nas aprendizagens que enformarão padrões de comportamento que forneçam bases sólidas a um desenvolvimento saudável e harmonioso.

Desta forma, é fundamental ajudar as mulheres mães a usufruírem destes momentos tão especiais do ciclo de vida, a experienciarem o deslumbramento e a alegria de terem um filho e a desenvolverem-se com a sua criança. Tal como refere Brazelton, *o bebé vem ao mundo bem equipado para sinalizar as suas necessidades e a sua gratidão (...). Pode ser visto como uma força poderosa, capaz de estabilizar e influenciar as pessoas que o rodeiam* (Canavarro, 2006, p. 133).

Assim sendo, surge a seguinte questão que merece investigação empírica:

Será que o aconselhamento dirigido às puérperas se reveste da intervenção terapêutica essencial na promoção da saúde da recente mãe e do jovem bebé?

Posto isto, desenvolvemos um estudo do tipo investigação acção, de método *quasi*-experimental, de forma a observar o efeito do aconselhamento estruturado realizado no puerpério, na auto-estima, *stress*, ansiedade estado e no grau de conhecimentos. Por outro lado, com carácter exploratório, comparar-se-ão os resultados dos níveis de auto-estima, *stress* e ansiedade estado e do grau de conhecimentos num grupo de mulheres sujeitas a um programa de aconselhamento estruturado com um grupo de controlo (que não recebeu o mesmo tipo de aconselhamento, recebeu apenas o *standard* nos cuidados de saúde primários, públicos).

Na primeira parte, foi feita uma revisão da literatura sobre gravidez e maternidade, o parto: antes, durante e após, vinculação e cuidados maternos, estilos de vinculação, perturbações psicológicas do puerpério, aconselhamento e auto-estima. Tentando estabelecer relação entre aconselhamento e auto-estima estado. A segunda parte diz respeito à apresentação da metodologia e resultados. Finalizando com as conclusões e sugestões do estudo.

2- ESTADO DA ARTE

2.1- Gravidez e maternidade

No século XXI, a maternidade deixa de ser concebida como um *destino*, passando a ser decorrente da vontade da mulher. A liberalização e gratuidade da contracepção e a despenalização do aborto reconhecem legalmente à mulher, ser dotada de razão e consciência, o direito de optar desempenhar, ou não, o seu papel reprodutivo (Tahon, 2006).

Gravidez e maternidade definem conceitos habitualmente confundidos e assumidos como equivalentes, mas na verdade correspondem a realidades e vivências diferenciadas (Leal, 2005).

A maternidade é uma actividade multidimensional (Kitzinger, 1978; *cit. in* Correia, 1998) que tem como pano de fundo a dinâmica da sociedade em circunstâncias específicas tendo por referência padrões culturais relativos a: concepções de infância, qualidade de vida, profissionalização das mulheres, direitos e deveres dos cidadãos (Leal, 2005). É uma vez que o ser humano não é um processador neutro, os processos cognitivos parentais interagem com os pensamentos, as ideias, os valores, os conhecimentos e as emoções.

Gravidez reporta-se ao período de mais ou menos 40 semanas gestacionais. Confirmatória da identidade sexual da mulher, proporcionadora de abruptas alterações físicas e por vezes psicológicas. É um tema não somente relativo ao ciclo de vida mas uma fase de investimento, espera e reflexão revestido de perplexidade (Leal, 2005).

Erikson (1959; *cit. in* Leal, 2005) refere que o período gravídico é rico em experiências e potencialmente crítico ou de crise desenvolvimental. É também uma

acomodação contínua entre expectativas e realidades, iniciada no pré-parto e continuada no pós-parto, quando o bebê real é comparado ao imaginado (Colman & Colman, 1994; *cit. in* Leal, 2005), acomodação esta que se prolonga por todo o desenvolvimento abarcando os aspectos relativos à personalidade, competências cognitivas e relacionais, desempenho acadêmico, gostos e apetências. Implicando a integração e o equilíbrio de dimensões por vezes antagônicas, como o apoiar e favorecer a autonomia, estar junto e separado, dar continuidade e favorecer a diferença, promotora da vinculação.

O nascimento de uma criança não significa só um encontro único e especial, mas também a unificação familiar e geracional. O confronto com o bebê real traz à mulher a necessidade urgente de integrar na sua identidade pessoal, o seu papel de mãe. Nesta fase, a mulher ao ver-se confrontada com um conjunto nem sempre progressivo de adaptações que a tornam mais vulnerável ao desequilíbrio psicológico, uma vez que estas mudanças implicam *stress* (Boss, 1998; Vaz Serra, 1999; *cit. in* Leal, 2005), poderá através de uma abordagem positiva, adquirir novas competências sociais e psicológicas. Esta aquisição não dependerá somente das suas características de personalidade, das competências e recursos de que poderá mobilizar, mas também do apoio familiar e profissional no esclarecimento de dúvidas e angústias (Leal, 2005).

A mulher depara-se com uma multiplicidade de decisões a tomar e de comportamentos a adoptar de forma a interpretar e responder às solicitações do seu bebê (Figueiredo, 1997; *cit. in* Canavarro, 2006). Esta tarefa terá como referência as suas experiências de vinculação durante a infância e adolescência. Esta tarefa não implica necessariamente decalque ou oposição das experiências precoces, mas a sua influência na segurança e regulação emocional experienciadas (Main *et al* 1985; VanIjendorn, 1992; *cit. in* Canavarro, 2006).

O projecto da maternidade transcende a gravidez, por se tratar de um investimento a longo prazo. Exige um investimento a nível de cuidados físicos e afectos suficientes, capazes de promoverem um desenvolvimento sadio e harmonioso à criança recém-nascida. O desempenho eficiente do papel de mãe ultrapassa o *querer ser mãe* implicando antes o *desejo de ser mãe* (Leal, 2005).

2.2- O parto: antes, durante e após.

O nascimento de um filho, especialmente quando se trata do primeiro, implica grande mudança na vida dos pais, determinando a complexificação da orgânica familiar e a redefinição de papéis e tarefas (Halmesmaki *et al.*, 2000; *cit. in* Leal, 2005). O acompanhamento profissional da mulher no ciclo gravídico - puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só terminar após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ser realizada a consulta de puerpério.

No concreto e relativamente à gravidez, as tarefas desenvolvimentais são: aceitar a gravidez; aceitar a realidade do feto; aceitar o bebé como ser único; reavaliar e reestruturar a relação com os pais; reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro; reavaliar e reestruturar a sua própria identidade para incorporar a identidade materna. Este processo desenvolvimental ocorre durante a gestação e exercita-se no pós-parto (Soares, 2007).

O parto, segundo Figueiredo (2004), é um acontecimento único na vida da mulher. A forma como é vivenciado determina o bem-estar psicológico e a relação com as pessoas que lhe são mais queridas, especialmente com o bebé. A mãe ao longo da gestação e principalmente a partir do 4º mês, vai elaborando uma representação do bebé que gostaria de ter. Por volta do 7º mês esta fotografia imaginada vai desaparecendo,

proporcionando uma maior aceitação do bebê real (Stern, 1995; *cit. in* Leal, 2005). No decurso da gestação, a mulher também vai desenvolvendo expectativas face à experiência de parto, demonstrando preocupações relativamente a consequências negativas consigo e com o seu bebê. Os estudos de Mancuso (2008) referem os sonhos como importantes no estado de humor da grávida e no seu estado psico-emocional. Observou que as mulheres com sonhos perturbadores, masoquistas, desde que esclarecidas, vão processando o trabalho emocional resolvendo os seus conflitos emocionais. Estando mais disponíveis e descontraídas à posteriori, podendo focar a atenção no trabalho parto e parto.

No entanto Alehagen (*et al.*, 2001; *cit. in* Figueiredo, 2004) referem que a aproximação do parto se caracteriza pelo acréscimo de ansiedade acompanhada por mudanças psicológicas: os níveis de adrenalina, noradrenalina e cortisol tendem a aumentar durante a gravidez e até ao parto, diminuindo posteriormente. A nível hormonal e após aumentos de 100 a 200 vezes mais de progesterona e estrogénios circulantes verifica-se uma diminuição brusca dos mesmos após o parto e um aumento brusco de prolactina (O'Brien & Pitt, 1994; Wieck, 1996; *cit. in* Canavarro, 2006).

No concreto, durante o parto, a mulher apercebe-se de que tem poucas informações prévias assim como pouca preparação, muitas vezes não é incluída nas decisões clínicas, experienciando várias emoções negativas e também elevados níveis dolorosos. Encontrando-se preocupada com a sua saúde e a do seu bebê (Costa, Figueiredo, Pacheco, & Pais, 2003, *cit. in* Figueiredo, 2004).

Perante experiências menos positivas durante o parto, o processo de envolvimento emocional fica dificultado. O parto com anestesia epidural é normalmente vivenciado de forma mais positiva (Costa, Figueiredo, Pacheco, & Pais, 2003; *cit. in* Figueiredo, 2004). No entanto, Gitau *et al.*, 2001; Taylor *et al.*, 1994; afirmam que a

relação da díade se encontra favorecida nos partos normais, enquanto perturbada nos partos instrumentais e nos partos com analgesia epidural. Nos partos instrumentais há elevação dos níveis de cortisol. Enquanto nos partos sujeitos a analgesia epidural se verifica redução da produção de ocitocina endógena, perturbando o estabelecimento da relação.

O tipo de parto é então determinante para a mulher. Figueiredo (2004) conclui que a avaliação da forma como o parto foi vivenciado pode revelar aos profissionais de saúde determinadas necessidades de intervenção de forma a prevenir desajustamentos psicológicos decorrentes de experiências negativas com o parto.

Vários autores defendem que a vinculação é decorrente dos acontecimentos do parto: que a dor e o mal-estar durante o parto afectam negativamente a disponibilidade da mãe para a vinculação imediata (Karacan & Eroglu, 2003; Wton & Newton, 1962; Niven, 1988; Robson & Kumar, 1980; Thune-Larsen & Pedersen, 1988; *cit. in* Leal, 2005), enquanto a presença de uma pessoa *significativa* que ofereça apoio e suporte eficaz é favorecedor de uma experiência de parto mais positiva, promovendo o envolvimento emocional materno com o bebé (Kennell, 1990; *cit. in* Leal, 2005).

As oscilações hormonais após o parto revertem numa reactividade acrescida aos estímulos, principalmente ao recém-nascido, sendo descrito por muitos como *blues* pós-parto, mas que favorece a vinculação prévia da mãe (Miller & Rukstallis, 1999; Nonacs & Cohen, 1998; *cit. in* Canavarro, 2006).

Quando os lábios do bebé tocam o mamilo da mãe, esta normalmente opta por mantê-lo próximo de si durante mais tempo (Winburg *et al*, 1990; *cit. in* Leal 2005), havendo uma activação hormonal da prolactina tornando as mães mais sensíveis ao bebé (Eibl-Eibesfeldt, 1989; *cit. in* Leal 2005). Também a ocitocina libertada pelo reflexo de

sucção tem efeitos no envolvimento emocional, exercendo um efeito tranquilizador permitindo uma ligação mais elevada no pós-parto (Klaus *et al.*, 2000; *cit. in* Leal, 2005).

Klaus e Kennell (1976) chamam de *bonding* à relação única, específica e duradoura estabelecida entre a mãe e o bebé desde os primeiros contactos. Achando que o garante desta relação é facilitado pela adequação do sistema hormonal (*cit. in* Leal, 2005).

Segundo Deluca (Figueiredo, 2004), é determinante para o ajustamento psicológico da mulher, a experiência de parto, concretamente a ameaça percebida ao *self*, e ao bebé, tempo decorrente entre o parto e o pegar no bebé e *stress* relacionado com os cuidados ao bebé. O alojamento conjunto no pós-parto promove o envolvimento emocional com o recém-nascido, permitindo o estabelecimento de interacção adequada conduzindo ao melhor desenvolvimento da criança (Kennell *et al.*, 1975; Klaus *et al.*, 1972; *cit. in* Leal, 2005).

O período do pós-parto, puerpério (até seis semanas pós-parto), é também chamado por alguns autores de quarto trimestre (Bruschweiler- Stern, 1998; Colman & Colman, 1994; *cit. in* Canavarro, 2006), pelas modificações físicas da mulher, que procura o reequilíbrio e pelas necessidades do bebé em alimento, calor e cuidados essenciais ao seu desenvolvimento estado-ponderal e psico-afectivo.

No atendimento no pós-parto deve ter-se em consideração: aleitamento (frequência das mamadas – dia e noite –, dificuldades na amamentação, satisfação do recém-nascido com as mamadas, condições das mamas); alimentação, sono, actividades; dor, fluxo vaginal (sangramento), queixas urinárias, febre; planeamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência); condições psico-emocionais (estado de humor, preocupações, fadiga,

outros); condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas). São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contra-indicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se as mulheres com cancro da mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV positivas e mulheres com distúrbios graves de comportamento. A infecção materna com o vírus da hepatite B ou C, não é contra-indicação para a amamentação. (OMS, 1993; Turck, 2005; Cheng, *et al*, 2008). As causas neo-natais que podem contra-indicar a amamentação são, na maioria, transitórias e incluem alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade. São raras as medicações que contra-indicam a amamentação. Nenhuma medicação deve ser utilizada, sem orientação médica. Na eventualidade da medicação utilizada ser classificada como contra-indicada durante a amamentação, o procedimento de escolha é optar por outras alternativas terapêuticas e não suspender o aleitamento (King, 1991; OMS, 2006). As mulheres podem também decidir não amamentar. Os estudos empíricos de Jansen (2008) acerca da importância do aleitamento materno e qualidade da relação mãe - bebê, não foram conclusivos acerca da relevância para vínculo materno. Sugerindo por isso que a recomendação do aleitamento materno tenha como base os efeitos positivos para a saúde materna e infantil. Impedindo assim o desenvolvimento de sentimentos de culpa nas mães que não consigam amamentar. Jones (2009, *in press*), especialista em neonatologia diz que o motivo mais provável para não amamentar é a falta de disponibilidade das mães. Aconselhando vivamente esta prática, uma vez reduzir a incidência de infecções e promover o desenvolvimento neurológico.

Cheng (*et al*, 2008) nos seus estudos referem que a resolução dos problemas físicos e emocionais das mulheres no pós-parto, pode influenciar a qualidade de vida das mulheres e dos seus filhos. Sugerindo estudos longitudinais de forma a averiguar

etiologia e condições de saúde mais vivenciados pelas mulheres nos dois anos consecutivos ao parto, de forma a clarificar e debelar o maior número de situações problemáticas sentidas pelas mulheres nesta fase tão importante da sua vida.

2.3- Vinculação e cuidados maternos

A teoria de vinculação desenvolvida por Bowlby (1969/1982) reporta-se à necessidade humana universal dos indivíduos experienciarem relações afectivas no quotidiano e ao longo da vida, permitindo-lhes obter segurança suficiente para explorar o *Self*, os outros e o mundo.

Alguns autores referem que a criança no primeiro ano de vida se poderá vincular a mais do que uma figura (Ainsworth, 1967; Schaffer & Emerson, 1964; *cit. in* Canavarro, 2006). No entanto, perante algum mau-estar o bebé orienta-se preferencialmente para uma figura *especial* (Tracy, Lamb & Ainsworth, 1976; *cit. in* Canavarro, 2006) aceitando ser confortado por outras pessoas na sua ausência (Ainsworth, 1967; Burlingham & Freud, 1944; Kagan, *et al.*, 1978; Lamb, 1978; Schaffer & Emerson, 1964; *cit. in* Canavarro, 2006).

Bowlby (1969/1982) defende haver uma forte tendência para os bebés apresentarem *monotropia*, isto é, a preferência por uma determinada figura (figura de vinculação) de forma a obterem conforto e segurança, tendo esta preferência repercussões na hierarquia de figuras de vinculação. Esta ideia é suportada pela teoria do tempo dispendido pelo adulto na prestação de cuidados ao bebé, a qualidade desses cuidados, o seu investimento emocional e a sua presença repetida na vida do bebé (Colin, 1996; Cassidy, 1999; *cit. in* Canavarro, 2006). Estes autores apontam três hipóteses explicativas para a monotropia dos bebés: maior probabilidade de

sobrevivência do bebé; maior eficácia na identificação da pessoa que o poderá ajudar em circunstâncias de perigo; escolha da pessoa que mais investe no seu contexto de vida, *ligação recíproca hierárquica*.

A regulação da segurança é então a necessidade subjacente à relação de vinculação: há uma figura (vinculada) que procura protecção e há uma figura (de vinculação) que proporciona segurança, conforto e ajuda (Bowlby, 1969/1982; Bretherton, 1985, *cit. in* Canavarro 2006).

A relação de vinculação define-se então, pela necessidade que os bebés manifestam em manter e estabelecerem a proximidade com uma figura adulta mais capaz de se confrontar com situações de perigo, proporcionando-lhes inicialmente segurança e posteriormente a manutenção de protecção nos comportamentos de choro, agarrar, seguir, entre outros; estes comportamentos de vinculação desempenham a função de protecção resultando na proximidade de uma figura específica (Bowlby, 1969/1982; *cit. in* Canavarro 2006), regulados por um *sistema comportamental que se identifica por:*

- comportamentos coordenados de forma a atingir um determinado objectivo e função adaptativa durante longos períodos de tempo;

- integração progressiva e sistemática de sequências comportamentais de complexidade crescente, tornando-se funcionais na interacção da criança com o meio ambiente;

- correção sistemática de acordo com objectivos padronizados exigindo o ajustamento permanente à adversidade de ambientes e desenvolvimento da criança;

- activados e cessados por sinais endógenos à criança e por sinais externos, ambientais;

- regulam-se por um sistema biológico de *feedback* que monitoriza o sistema;

-organizam-se e integram-se em sistemas de controlo cognitivo específicos, ou seja, por representações mentais.

Será através desta relação, onde o bebé procura a protecção (normalmente a figura parental), que lhe é permitido aprender a gerir as suas emoções e a regular os seus estados emocionais (Ainsworth, *et al.*, 1978; Soares, 2001; *cit. in* Leal, 2005). A figura parental é percebida como *refúgio seguro*, onde o bebé se instala em situações de *stress*.

Bowlby (1984a) refere que o comportamento de vinculação resulta da activação de sistemas comportamentais, desenvolvendo-se progressivamente no bebé por adaptação ao meio ambiente. O investimento afectivo dos pais pode iniciar-se durante a gravidez, mas é sobretudo nos primeiros contactos com o bebé que a vinculação se começa a desenvolver. No decorrer dos primeiros tempos de vida, o bebé estabelece uma relação privilegiada, como se tratasse de uma dança sincronizada, com a figura que lhe proporciona os cuidados básicos, que se tornará na figura de vinculação.

Alguns autores citados por Cruz (2005), referem que os pais esperam que as características mais desejáveis dos seus filhos se mantenham em detrimento das menos desejáveis. As crenças de ineficácia que algumas mães demonstram relativamente aos seus filhos têm que ser invertidas, pois se a mãe não reconhecer ao seu filho, recém-nascido, competências, não o estimulará, não procurará contacto visual, nem falará com ele face a face. Favorecendo desta forma a ausência de comunicação, pois o bebé ao não ser estimulado não irá revelar as suas capacidades, reforçando assim as crenças da mãe da sua incompetência. Aqui surge como importante e imprescindível a principal figura nesse meio, a mãe. O modo como a criança se vincula à mãe é o reflexo da interacção da díade.

George e Solomon (1999), nos estudos realizados referiram a importância do *maternal attachment*, ou seja, a vinculação da mãe ao bebé, sugerindo haver uma

interdependência nesta díade. Enquanto o *bonding* assegura a sobrevivência do bebé, o choro e o sorriso deste serão os *desencadeadores sociais das respostas instintivas da mãe* (Bowlby, 1976; *cit. in* Leal, 2005). A mãe com a sua preocupação materna primária responde às necessidades da criança, sendo necessariamente uma mãe suficientemente boa (Bayle & Martinet, 2008).

Também Eibl-Eibesfeldt (1989) e Richards (1971; *cit. in* Figueiredo, 2003) fazem referência à importância do estabelecimento de contacto ocular e expressões faciais, como o sorriso, na activação do envolvimento emocional materno e os ganhos positivos na vinculação em ambos os sentidos da díade.

O recém-nascido, logo após o nascimento apresenta uma certa individualidade apresentando comportamentos diferenciados interagindo com objectos e pessoas, facilitador de um processo interactivo (Mascoli, 1990). Apresenta uma emergência progressiva de padrões comportamentais, tanto na diferenciação, como estrutura e complexidade (Bowlby, 1969/1982).

Bowlby, descreve quatro fases de desenvolvimento do comportamento:

A fase 1 designa-se por: *orientação e sinais com discriminação limitada da figura* (primeiras 8 a 12 semanas de vida), consistindo em mover-se em direcção às pessoas, seguir os olhos, sorrir, palpar, tendo o olfacto e o tacto grande importância nesta fase.

A fase 2 designa-se por: *orientação e sinais dirigidos a uma (ou mais) figura(s) discriminada(s)* (8/12 semanas até aos 12 meses de idade), consistindo num aumento de comportamentos tendentes a estabelecer relações diferenciadas com as figuras com as quais se relaciona.

A fase 3 designa-se por: *manutenção da proximidade a uma figura discriminada por meio de locomoção e sinais* (6/7 meses até aos 2 anos), consiste em

seguir a figura de vinculação mantendo reserva perante a presença de estranhos. Utiliza a figura de vinculação como porto de abrigo. Nesta fase poderão surgir outras figuras de vinculação de papel secundário.

A fase 4 designa-se por: *Formação de uma parceria orientada por objectivos* (com início no decurso do 4º ano de vida) e consiste em: a criança utilizar de forma flexível, comportamentos de vinculação, sendo fiel aos seus objectivos.

A fase de puerpério é muitas vezes uma relação simbiótica e fusional sem barreiras distintas, resultante da dependência intrínseca que o bebé tem da sua mãe. Significa muitas vezes para a mulher, desafio à capacidade de se dar, de se descentrar de si própria, de forma a assegurar-lhe o que é imprescindível no imediato, como a alimentação, mais precisamente a amamentação (Canavarro, 2006).

Assim surgem as funções de parentalidade, que Cruz (2005) sugere, a que os pais devem dar resposta:

- A primeira função prende-se com a satisfação das necessidades mais básicas de sobrevivência e saúde;

-A segunda diz respeito ao mundo físico e previsível que deve ser proporcionado à criança de forma a manter algumas rotinas (famílias desestruturadas ou em sofrimento apresentam incapacidade de desempenhar esta função);

-A terceira diz respeito às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extra-familiares, funcionando como interlocutores com o mundo exterior à criança;

-A quarta consiste em satisfazer as necessidades de afecto, confiança e segurança traduzidas nas relações de vinculação;

-Por último, a quinta prende-se com as necessidades de interação social da criança e posterior integração na comunidade.

Soares (2001; *cit. in* Leal, 2005) refere que o sentimento de segurança decorre de experiências repetidas nas quais o medo e a ansiedade foram eficazmente superados pelas intervenções da figura de vinculação, permitindo-lhe retomar as explorações do meio envolvente, tendentes à construção de uma organização interna de vinculação segura.

Assim, ao longo do tempo e sobretudo com base nas relações estabelecidas pelas pessoas que lhe prestam cuidados, o bebé constrói modelos internos dinâmicos facilitadores de interação futura.

Neste sentido, uma relação de vinculação segura envolve a capacidade de negociar e de regular a proximidade, de tal modo que ambos os membros da relação diádica sintam liberdade e autonomia, ao mesmo tempo que experienciam a certeza da disponibilidade do outro em caso de necessidade (Canavarro, 2006, p.82).

2.3.1- Modelos de vinculação

Os modelos de vinculação transmitem-se de geração a geração, sendo parcialmente transmitidos pelo psíquico da mãe (Lebovici & Golse, 1998; Golse, 1999; *cit. in*, Bayle & Martinet, 2008) e tendo repercussões no desenvolvimento psicológico da criança.

Alguns autores verificaram nos seus estudos com animais, que todas as formas de *bonding social* são mediadas por um sistema neurobiológico, talvez relacionado com a ocitocina que é a grande desencadeadora do comportamento materno e na iniciação do *bonding* (relação) em humanos (Glover *et al.*, 2003; Klaus, *et al.*, 2000; *cit. in* Leal,

2005). *A proporção do ciclo vital durante o qual se manifesta o comportamento de vinculação varia muito de espécie para espécie* (Bowlby, 1984a). Este autor refere também, que por o ser humano nascer muito imaturo e se desenvolver lentamente, é a espécie em que o comportamento de vinculação leva mais tempo a manifestar-se. Nos seus estudos verificou que as crianças privadas de cuidados maternos eram susceptíveis de desenvolver sintomas característicos que ele próprio tinha identificado em jovens *vazios de afecto*: que se tornavam adultos emocionalmente frios, superficiais nos seus relacionamentos, com níveis elevados de hostilidade e tendências hostis ou anti-sociais. Considerando por isso os cuidados maternos tão importantes para a saúde mental na infância como as *vitaminas e proteínas para a saúde física* (Bowlby, 1951; *cit. in* Soares, 2007).

Soares (2001; *cit. in* Leal, 2005) advoga que o contexto da relação parental, paralelamente ao estabelecimento da relação de vinculação (impressa de segurança e protecção) são os contextos necessários aos processos de construção da capacidade de auto-regulação emocional. O sentimento de segurança decorre do alívio sentido perante medos e ansiedades, proporcionado pela figura de vinculação permitindo-lhe sentir-se em base segura de forma a retomar as explorações do meio. Estas experiências dizem-se promotoras de uma *vinculação segura*.

O modo como o sistema interno de vinculação está organizado influencia não só o momento como a intensidade de activação deste sistema, mas também o padrão de comportamento a manifestar. Para Bowlby (1958, 1989) a forma como a criança se vincula à mãe é o espelho da interacção da mãe com ela: a vinculação segura promove a auto-estima, autonomia e intimidade. Na vinculação preocupada o outro aparece como modelo positivo, mas há um modelo negativo do *Self*. A criança sente-se culpada da falha no amor parental, desenvolvendo sentimentos de inferioridade e dependência dos

outros, solicitando aprovação constante. No padrão desligado, o indivíduo mantém um modelo positivo da auto-imagem e distância em relação às figuras de vinculação. Apresenta autocontrole e autoconfiança, mas revela vulnerabilidade à rejeição de terceiros, mantendo distanciamento. O indivíduo receoso acha-se indigno de ser amado, desejando a aprovação e revelando medo da rejeição. Manifesta inibição, e dificuldade em expressar ansiedade ou em pedir ajuda. Evita as relações para não sofrer.

Bretherton (1990, cit. *in* Canavarro, 2006) refere que quando a figura de vinculação não interpreta a procura de segurança da criança como sendo importante, ou quando restringe o desejo de exploração autónoma, a relação de vinculação sofre abalos perturbando a autonomia. Estudos americanos evocaram que a ausência precoce de cuidados e de afecto pode alterar o desenvolvimento normal da regulação da vasopressina e da ocitocina na criança e por, consequência, dificultar o desenvolvimento das relações posteriores (Bayle & Martinet, 2008).

Bowlby (1984b) faz referência a que o alicerce sobre o qual se constrói uma personalidade estável e auto-confiante é a certeza descuidada de contar com a presença e o apoio das figuras de vinculação. De acordo com Bayle & Martinet (2008), as imagens parentais constroem-se pela oposição ou pela identificação. As transmissões inter-geracionais podem fazer-se pelo idêntico ou então pelo inverso do que fizeram com eles, isto é, aquilo que faltou passa a ser mais tarde os ideais para os filhos.

Algumas perspectivas psicológicas, de que é exemplo a perspectiva psicanalítica, sugerem, que após o parto a mulher tem de realizar o luto de uma série de experiências presentes, nomeadamente o luto do filho imaginário, ideal (expectativas) e experiências passadas, o luto de anteriores experiências de separação (a mãe identifica-se com o bebé revivendo através dele a relação com a sua mãe). Assim a herança transmitida através da micro-cultura reveste-se de grande importância, talvez

insuperável pela genética Bowlby (1984b). Mas será que as competências pessoais de *clareza e reparação* são suficientes para superar esta fase de desenvolvimento da mulher?

2.4- Manifestações psicológicas no puerpério

Ainda que a forma comum da expressão humana seja a oralidade, as expressões emocionais podem revelar-se através de gestos e comportamentos reveladores de tristeza, hostilidade ou alegria (Branco, 2004).

Os estudos apontam como possíveis responsáveis as circunstâncias psicossociais de vida da mulher, as adversidades de carácter social, as dificuldades na relação conjugal, a ausência de suporte social e os acontecimentos adversos de existência como factores predictores para desenvolver depressão pós-parto (Gorman *et al.*, 2004; Marcus, *et al.*, 2003; *cit. in* Leal, 2005). O nascimento de uma criança acarreta uma multiplicidade de tarefas extras, novas e por vezes inesperadas, não havendo um padrão referencial. Neste contexto, o apoio dos avós, se prestado adequadamente, reveste-se de factor protector na adaptação à maternidade. Esta fase é muitas vezes a oportunidade de resolução ou agravamento de conflitos desenvolvimentais da infância materna.

A relação conjugal é também sujeita a mudanças: a renegociação no que concerne a tarefas domésticas (Belsky, 1984; Levy, 1984; *cit. in* Leal, 2005), o envolvimento emocional deixa de ter o mesmo foco (Cowan & Cowan, 1992; *cit. in* Leal, 2005), assim como o relacionamento sexual (Osofsky & Osofsky, 1984; *cit. in* Leal, 2005). Os estudos de Schumacher (2008) alertam para a possibilidade de distúrbios psíquicos dos pais no pós-parto, com repercussões negativas no sistema comportamental da criança. O ajuste destas componentes tem relação directa com o

relacionamento prévio do casal. Relvas (1996) refere ser necessário, nesta fase, flexibilizar a aliança conjugal em prol da aliança parental. Narciso (2002) aponta-nos como maior factor protector da aliança conjugal, a comunicação das necessidades sentidas, a partilha de experiências, dúvidas e ansiedade, geradoras de empatia no outro, promovendo níveis gratificantes de satisfação e bem-estar.

Figueiredo (2004) refere que a avaliação da forma como o parto foi vivenciado pode revelar aos profissionais de saúde as necessidades de intervenção de forma a prevenir desajustamentos psicológicos decorrentes de experiências indesejadas com o parto. Os estudos empíricos revelam que por volta do 3º, 4º dia após o parto, a grande maioria das mulheres sente mau - estar físico e psicológico: tanto exalta energia e alegria, como de repente chora, aparentemente sem motivo (*e.g.*, Stein, 1982; Yalom, *et al.* 1968; *cit. in* Canavarro, 2006). Exibe elevada preocupação com o bebé, pode ter dificuldade em dar-lhe de mamar e em cuidar dele (Pitt, 1973; *cit. in* Canavarro, 2006). Exprime ansiedade e tensão, que pode chegar à irritabilidade e hostilidade para com os outros (Lanczick *et al.*, 1992; *cit. in* Canavarro, 2006).

Um número considerável de autores concorda que o desequilíbrio emocional, considerado consequência específica do parto, é reversível, podendo chegar a perturbação psicológica puerperal unicamente nas mulheres com vulnerabilidade psicopatológica prévia (Bearn *et al.*, 1990; *cit. in* Canavarro, 2006).

Os estudos de Surkan, (*et al.*, 2006) referem que as mulheres, recentes mães, sujeitas a discriminação racial ou a qualquer outro tipo de discriminação, as que vivem em pobreza, as que têm uma relação conjugal mais pobre e as que têm mais filhos pelo acréscimo de responsabilidades estão provavelmente mais sujeitas a sintomas depressivos nos dois anos consecutivos ao parto. Também os estudos de Cubbin, (*et al.*, 2008), sugerem necessidade de se averiguar acerca dos bairros de proveniência das

mães de outra raça/ etnia, que muitas vezes por não terem seguros de saúde, não solicitam vigilância em saúde materna e obstétrica em tempo útil, colocando em risco a sua saúde e a saúde e desenvolvimento dos seus filhos.

Howell, *et al.*, (2006) nos seus estudos acerca de existência de sintomas depressivos precoces no pós-parto, revelaram que das 720 mães inquiridas, 39% apresentaram resultados positivos para depressão. As análises multivariadas revelaram que as sintomáticas eram normalmente mulheres não brancas, que tinham menor escolaridade, com história anterior de depressão, com menor apoio social, tinham bebés com mais cólicas e tinham menor nível de auto-eficácia. Estes autores sugeriram que em posteriores estudos se investigasse se um maior suporte social e programas de esclarecimento e apoio reforçam a auto-eficácia, reduzindo os sintomas de depressão pós-parto. Nos seus estudos Tezel & Gozum (2006) compararam os efeitos da intervenção de enfermagem na resolução de problemas e o nível de sintomas depressivos no pós-parto. O grupo de intervenção era constituído por 62 mulheres, todas elas com risco de depressão pós-parto, mas sem grandes sintomas depressivos. As mulheres foram divididas aleatoriamente por dois grupos: um foi sujeito a educação sobre habilidades para lidar com problemas e o outro grupo foi sujeito a cuidados de enfermagem para sintomas depressivos. Nenhuma das mulheres recebeu tratamento farmacológico. Os resultados revelaram que os cuidados de enfermagem foram mais eficazes do que o treino para resolução de problemas, no entanto ambos resultaram na diminuição dos sintomas depressivos. Tendo levado a plena recuperação de mais de metade das mulheres. Estes autores referem ainda que as intervenções de treino de resolução de problemas são eficazes em aliviar depressão, desesperança e desespero, promovendo melhoria da auto-gestão.

Os estudos destes autores levam-nos a reflectir e a querer contribuir para esta clarificação através do estudo a realizar.

Boss (2002) refere que o foco de atenção dos profissionais, em situações de *stress*, deve ocupar-se das crenças, valores, regras, padrões de funcionamento das pessoas envolvidas, *permitindo aceder a uma janela que conduza à mudança*. O nível elevado das emoções, de difícil regulação orientam o indivíduo para a acção ou não acção, recorrendo ou não aos processos cognitivos. Cabe assim às emoções o papel regulador e determinante da passagem à acção e permitindo aos actores a saída de cena, relegando para segundo plano a avaliação e selecção da resposta (Cruz, 2005). No modelo de Dix (1991, *in* Cruz, 2005) é assumido que as emoções são adaptativas e têm um papel fundamental na regulação do comportamento.

Relativamente às respostas cognitivas, a investigação tem mostrado que esquemas mentais flexíveis, tipos de atribuição defensiva e posturas de vida pró-activas (designadas por *espírito lutador*) estão negativamente correlacionados com a ansiedade e depressão; que o *fatalismo*, o *desamparo* e a preocupação ansiosa (preocupação desproporcional face à situação) encontram-se relacionados com o humor negativo (Watson *et al.*, 1991; *cit. in* Odgen, 1999).

Os estudos de Reck (*et al.*, (2008) incidiram na relação entre blues gestacional, ansiedade e prevalência de depressão pós-parto. Os resultados foram concordantes com suposição de partida, tendo encontrado três variáveis correlacionadas: ser mãe pela primeira vez, história de blues gestacional e retorno ao trabalho após nascimento. Levando os autores a propor aos técnicos de saúde, para que nas duas semanas pós-parto estejam atentos às mulheres que revelaram blues gestacional e que procedam a rastreios de sinais de ansiedade e de sintomas de depressão da recém-mãe com o

objectivo de proporcionar uma oportunidade de prevenção e intervenção terapêutica. Estes estudos são concordantes com os de Cooper (*et al*, 1996; *cit. in* Leal, 2005) referentes a uma amostra de 6000 mulheres e em que assinalam que a história anterior de depressão é um factor de risco para a depressão pós-parto. Também O'Hara (1986, *cit. in* Leal, 2005) refere que um número elevado de mulheres que desenvolvem depressão pós-parto já se encontravam deprimidas na gravidez.

Na bibliografia de Bayle & Martinet (2008) é referido que os bebés perante os sintomas de ansiedade e depressão da mãe, tendem a reagir, inventando tipos de comportamentos: o bebé pode desistir de tentar atrair a atenção da mãe e recolher-se em si próprio; o bebé pode tentar ficar próximo da mãe deprimida, imitando-a. Há uma posterior identificação com o estado de espírito desta, tendo como consequência a possibilidade de este se tornar hiperactivo, resultando por vezes numa *perturbação de défice de atenção*. Muitos especialistas crêem que, excepto em casos de depressão grave, as crianças não são necessariamente afectadas por uma breve depressão da mãe, Bayle & Martinet (2008).

Os estudos de Tiffany Field (1995; *cit. in* Leal, 2005) são confirmatórios de que os bebés das mães deprimidas na altura do parto apresentam um comportamento diferente do dos bebés das mães não deprimidas: apresentam maior irritabilidade e menor desenvolvimento motor, podendo comprometer a interacção adequada com a mãe.

Alguns autores citados por Cruz (2005) apresentam que comparativamente com as mulheres sem perturbações emocionais, as mães perturbadas psicologicamente diferiam em vários aspectos: menor relevo ao humor positivo da criança como promotor educativo; menor grau de satisfação com o desenvolvimento da criança, em especial a

nível dos afectos; menor importância aos factores biológicos. As mães não perturbadas psicologicamente valorizavam fortemente estes aspectos.

Novas correntes científicas alertam para a interferência de factores psicológicos, como o *stress* e a personalidade, no estado de saúde das pessoas (Bennett & Murphy, 1999). Nos dias de hoje falar de *stress* significa falar de um conjunto de reacções neurológicas e fisiológicas que têm um propósito adaptativo (Franken, 2002), que implica uma interacção complexa de factores ambientais, psíquicos e fisiológicos (Bennett & Murphy, 1999). Pode ainda ser referido como *uma resposta não específica do organismo a qualquer tentativa de alteração do seu equilíbrio* (Selye, 1936; *cit. in* Cruz, 2002).

A forma como os indivíduos reagem às modificações no seu equilíbrio, por agentes designados *stressores* (como por exemplo acontecimentos de vida positivos ou negativos), poderá resultar em sentimentos de *distress* (sentimento negativo) ou *eustress* (sentimento positivo).

De uma forma geral, quando as pessoas percebem o acontecimento como ameaçador experienciam *distress* enquanto que quando o interpretam como um desafio vivenciam *eustress* (Franken, 2002).

Majewski, *et al.*, (1989, *cit in* Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999), consideram o *stress* pós-parto uma resposta normal de base fisiológica de forma a aumentar a vigília maternal e a protecção à criança.

Será então correcto concordar com os autores que defendem, que perante uma mãe que exhibe elevada preocupação com o bebé, que pode ter dificuldade em dar-lhe de mamar e em cuidar dele (Pitt, 1973; *cit. in* Canavarro, 2006), que revela ansiedade e tensão, chegando à irritabilidade e hostilidade para com os outros (Lanczick, Spingler,

Heindrich, Becker *et al.*, 1992; *cit. in* Canavarro, 2006), deve emergir sintonia emocional, capacidade empática e aconselhamento dirigido às causas das perturbações.

Segundo Arranz (*cit. in* Barreto, Arranz & Molero, 1997) o aconselhamento pode reforçar e melhorar a atitude, motivando e levando à mudança de comportamento, permitindo neste contexto concreto e tão importante que é o nascimento e a relação precoce com o bebé, prestar um contributo imprescindível, de forma a otimizar a qualidade de vida das pessoas (Leal, 2005).

Nugent e Brazelton (1989; *in* Canavarro, 2006) referem este período como sendo *momento crítico para a intervenção, por excelência*, podendo acontecer mudanças profundas no seu decurso ao mesmo tempo que se dá a integração do novo ser no seu seio. Estas mudanças induzidas no comportamento dos pais, por intervenções direccionadas, como por exemplo pelo aconselhamento, poderão resultar num ciclo positivo de interacção entre os pais e o bebé com efeitos directos a curto prazo e indirectos a longo prazo.

2.5- Aconselhamento

O aconselhamento é um instrumento indispensável nas estratégias utilizadas para comunicar, informar, educar e na relação de ajuda. Apesar de se tratar de um conceito novo, tem sido utilizado com êxito nos contextos da psicologia da saúde. A utilização do aconselhamento tem como objectivos: permitir que as pessoas vivam de uma forma mais plena e gratificante possível, maximizando o nível de competência das pessoas e reduzindo os custos emocionais.

Na prática do aconselhamento devemos ter em consideração, concordando com Barreto, Arranz e Molero (1997), a partilha e análise dos temores, das crenças, consequências e valores subjacentes aos dilemas das pessoas. Apoiar e reforçar as pequenas mudanças no sentido de mais saúde pessoal, fomentando a motivação, o autocuidado, reduzir estados emocionais depressivos e de mau - estar, favorecer a adaptação pessoal e social.

A abordagem de aconselhamento descrita por Egan (1990) tornou-se um dos modelos de aconselhamento de maior reconhecimento e eficácia terapêutica. Este autor identifica três fases constituintes do processo: a) exploração e clarificação do problema; b) estabelecimento de objectivos; e c) facilitação da acção.

Este procedimento terapêutico é centrado no cliente, uma vez que o objectivo consistirá em facilitar a utilização pelo indivíduo dos seus próprios recursos na identificação e resolução dos seus problemas (Bennett & Murphy, 1999).

Explorar o modo como se pode obter a mudança em indivíduos que não ambicionam essa mudança, é um exercício condenado ao fracasso. Mas ajudá-los a tomar consciência das suas próprias emoções e a geri-las com eficácia, aproveitando a energia na construção, apesar de não se revestir de tarefa fácil, é essencial. Podem treinar-se aptidões específicas tais como: a assertividade, o auto-controlo e gestão de stress, como vários autores defendem (Goleman, 1999; Steiner, 2000; *cit. in* Branco, 2004), são habilidades que podem e devem ser ensinadas de forma a serem adaptáveis ao quotidiano.

Egan defende que o sucesso do conselheiro resulta da relação empática e genuína estabelecida com o cliente (Bennett & Murphy, 1999). O aconselhador terá de socorrer-se de habilidades na relação com os clientes e auto-controlo, de forma a conter as suas próprias emoções.

Na fase de exploração e clarificação do problema, o conselheiro ajuda o indivíduo a compreender o/os problema/s causadores de perturbação. As aptidões exigidas nesta fase do aconselhamento incluem o interrogatório directo, o encorajamento verbal e o *feedback* empático, com o qual devolve ao indivíduo a compreensão obtida do problema e os sentimentos envolvidos.

A fase de estabelecimento de objectivos consiste em identificar o que precisa ser feito para resolver o problema. Os objectivos concretizáveis encorajam a mudança, uma vez que o insucesso reduz as crenças de auto-eficácia levando ao agravamento do problema percebido.

As aptidões e estratégias necessárias nesta fase resumem-se à síntese do problema, de forma a estabelecer uma ponte entre a sua identificação e a sua resolução. Deve-se fornecer informação relevante, tal como ensino direccionado ao assunto causador de perturbação, e encorajar o indivíduo a adoptar alternativas à situação actual.

Na fase final do processo terapêutico, facilitação da acção, o conselheiro fornece ajuda, no sentido do indivíduo identificar como é que os objectivos por ele definidos podem ser alcançados, concretizando-os através de um processo de mudança.

Barreto, Arranz e Molero (1997) definem aconselhamento como uma relação de auxílio, interventiva e preventiva em que o aconselhador se serve da comunicação linguística e de métodos estimulantes durante um curto período de tempo, tentando provocar no sujeito desorientado um processo activo de aprendizagem do tipo cognitivo - emocional.

No decurso do aconselhamento pode melhorar a sua disposição para a auto-ajuda, a sua capacidade de auto-determinação e a sua competência operativa. Ainda se encontra referenciado no mesmo artigo que o objectivo global do aconselhamento é o desenvolvimento do auto-conhecimento, da auto-aceitação, do crescimento emocional e

do crescimento dos recursos pessoais, que ajuda as pessoas a entenderem e a superarem melhor os seus problemas.

Os estudos de Queirós, *et al.*, (2005) confirmam que as pessoas com níveis mais elevados nas sub-escalas de Clareza e Reparação se revelam pessoas mais satisfeitas com a vida e demonstram uma melhor saúde mental. Estes estudos são concordantes com as investigações levadas a cabo por Leible e Snell (2004), Palmer *et al.* (2002), Salovey *et al.* (1995). De acordo com estes estudos, as pessoas que percebem bem as suas emoções e que têm uma maior capacidade na interrupção de estados emocionais negativos e de prolongar os positivos, revelam maior habilidade para lidar com as perturbações psicológicas, experienciando níveis mais elevados de bem-estar psicológico.

2.6- Auto-estima

Os humanos são seres bio-psico-sociais com uma dimensão cultural e é desta inter-acção que resulta o comportamento, gerador de qualidade de vida e bem-estar, mas só e quando inúmeras necessidades se encontrarem satisfeitas. As pessoas percebem e vivenciam a realidade através dos sentidos, determinando necessidades diversas e estabelecendo correlação entre estes e as necessidades.

Segundo (Brown, 1993; Serra, 1986, *cit. in* Melanie, 2007), a auto-estima é primariamente uma resposta afectiva, em que os afectos são simultaneamente causa e consequência das alterações verificadas na auto-estima. Sendo a componente afectiva do auto-conceito (o indivíduo julga-se a si próprio), interligando sentimentos positivos e negativos á sua identidade.

De acordo com (Hoffman, 1986; *cit. in* Cruz, 2005), o afecto pode alterar o tempo de apreensão da informação; iniciando, terminando, acelerando ou prejudicando o processamento da informação. Pode ser contributivo na esquematização e categorização emocional, fornecendo *input* para a cognição e relacionamento social influenciando a tomada de decisão.

Na proposta de Cruz (2005) é referido que as pessoas tendem a manter determinadas ideias de forma a promover a sua auto-estima ou impedindo que ela baixe, de forma a manterem-se coerentes com um padrão de comportamentos promotores do seu bem-estar e segurança. Para Smith (*cit. in* Assis, 2006) o auto-domínio estabelece-se num padrão auto-reflexivo, em que a sociedade só florescerá feliz onde o auxílio necessário à vivência com justiça, de uma forma ética seja fornecido reciprocamente pelo amor, gratidão, amizade e estima, onde o homem combina e contrabalança os seus sentimentos, de modo a ser capaz de agir de modo justo, prudente e benevolente. Ao assumir que os processos afectivos têm primazia sobre os cognitivos, mesmo perante uma disfunção emocional parental, assume-se que o estado de humor funciona como estrutura de base a partir da qual a realidade é percebida e à qual se responde em conformidade (Cruz, 2005). Nos estudos de Tesser e Collins (1988) é referido que as oscilações ocorridas na auto-estima estão claramente associadas com os afectos e as emoções. E que, por sua vez, as emoções desempenham função principal na própria experiência da auto-estima, assim como na sua auto-regulação (Tesser & Schwarz, 2001; *in* Melanie, 2007).

James (1980; *cit. in* Melanie, 2007) assemelha auto-estima a um barómetro que sobe e desce, como se fosse uma função em consequência das nossas aspirações e experiências positivas. Em situações negativas a nossa auto-estima tenderá a diminuir

temporariamente, enquanto que em situações mais positivas a nossa auto-estima tenderá a aumentar. São estas variações pontuais na avaliação de nós próprios que nos remete para a auto-estima estado (Vallerand, 1994; *cit. in* Melanie, 2007).

Robins, *et al.*, (2002) confirmaram que a auto - estima estado parece sofrer alterações durante as várias fases da vivência humana, sendo durante a fase de adulto que se verificam subidas mais acentuadas na auto-estima. Por ser nesta fase que se verifica maior actividade, poder, controlo, produtividade e maturidade (*cit. in* Melanie, 2007).

Os períodos de crise, em contexto desenvolvimental são encarados como óptimos no desenvolvimento pessoal, mas também determinantes para a aquisição de novas vulnerabilidades e conseqüente descompensação (Barros, 2003), Segundo o modelo de Lazarus e Folkman (1984) a pessoa avalia cognitivamente uma determinada situação tendo em consideração o valor e o peso que ela implica para o seu bem-estar. E será em função destes processos de avaliação que surgirá a adaptação (Vaz Serra, 1999; *cit. in* Leal, 2005).

Os processos afectivos do exercício da parentalidade serão talvez aqueles onde as emoções e os afectos se vivenciam mais intensamente, gastando energia nos investimentos e nas frustrações (Dix, 1991, *cit. in* Cruz, 2005).

Na perspectiva psicológica, muitos autores são unânimes em considerar o investimento emocional dos pais como elemento imprescindível à qualidade dos cuidados e por isso factor decisivo no desenvolvimento e bem-estar da criança (Brazelton & Cramer, 1993; Klaus & Kennell, 1976; Klaus *et al.*, 2000; Robson & Moss, 1970; *cit. in* Leal, 2005).

O período gravídico permite um estado de graça, sendo considerado por muitos técnicos de saúde e referenciado por Leal (2005), uma fase de excelência na promoção da saúde da grávida e restante família, tanto a nível físico como psico-social. É definido por Boss (2002) como resiliência familiar e uma vez que os acontecimentos indutores de *stress* são inevitáveis; as estratégias de *coping* e a *resiliência* serão fundamentais para a reorganização e saída da crise. O período pós-natal, ou seja, a fase do puerpério imediato é reconhecido por vários autores como sendo o momento formativo ideal para a evolução do sistema familiar: o bebé e os pais encontram-se particularmente receptivos para trocas e a explorar a interacção.

Os estudos de Widmayer e Field (1980; *cit. in* Canavarro, 2006) defendem que uma intervenção simples pode revestir-se do essencial para despertar a mãe e torná-la mais sensível às capacidades indiscutíveis do seu bebé, adequando as expectativas e exercendo níveis de estimulação ajustadas que serão desencadeadoras de comportamentos sociais mais reforçadores.

Nos estudos de Lamb (1992) é referido, que muitos pais não percebem que a maioria das mães primíparas se sentem tão incompetentes e angustiadas quanto eles nos cuidados ao recém-nascido. Perante o facto do nascimento, o desafio de não se retirar dos factos, implica o desenvolvimento rápido das competências necessárias e suficientes ao desempenho essencial (Ainsworth & Bell, 1970; Ainsworth, Bell & Stayton, 1972; Ainsworth *et al.*; *cit. in* Soares, 2007).

Os trabalhos desenvolvidos por Holub, *et al.*, (2007), de forma a analisarem os efeitos do *stress* sentido por mães adolescentes no período pré-natal e o ajustamento materno e cuidados pós natais. Revelaram que apesar dos níveis elevados de *stress* percebidos durante a gestação, desde que devidamente apoiadas pelos seus pares e pelos técnicos de saúde, desenvolvem adequadas competências nos cuidados infantis,

sugerindo por sua vez, melhores índices na saúde psico-afectiva da criança e necessariamente um desenvolvimento global mais harmonioso. Estes autores sugerem ainda que os programas de apoio se revistam de tutoria e aconselhamento personalizado, proporcionando apoio emocional e social.

Os estudos de Capponi & Horbacz (2008) acerca da relação entre suporte social e manifestação de ansiedade, avaliada numa população de mulheres primíparas ao oitavo mês de gestação, e no pós-parto: no primeiro e no terceiro mês. O questionário aplicado referia-se à satisfação com o suporte social e a escala de ansiedade de Spielberger- STAI. Os resultados indicam que a manifestação de ansiedade e a satisfação com o suporte social explicam 35 a 48% da variância dos estados de ansiedade.

O aconselhamento dirigido à causa geradora de ansiedade ou dificuldade apresentada e sentida pela mãe reveste-se do apoio psicológico necessário ao restabelecimento da auto-confiança essencial ao sucesso no aleitamento materno (Canavarro, 2006). O aleitamento materno surge como necessidade fundamental, a satisfazer ao bebé, e de acordo com Declaração Innocenti, 2005; OMS, 1993, devem ser desenvolvidos esforços para aumentar a confiança da mulher na sua habilidade de amamentar. Devendo ser abolidas barreiras que fomentem uma menor percepção e menor eficácia para desenvolver esta habilidade na sua plenitude. Uma vez ser geradora de benefícios altamente positivos para a mãe e bebé e conseqüentemente contribuir para aumentos da auto-estima materna. *Provavelmente a experiência da alimentação pode ser a ocasião para a criança aprender a gostar de estar com outras pessoas* (Dollard & Miller, 1950; *cit. in* Bowlby, 1984a).

O aconselhamento deve portanto ter em consideração as necessidades dos destinatários, justificando o tempo e o esforço despendidos, traduzindo efeitos positivos

na interação da díade, favorecedores de aumentos na auto-estima. Na maioria das vezes esta intervenção reveste-se da disponibilidade no esclarecimento de dúvidas, ansiedades e sensibilização para as competências inquestionáveis do recém-nascido e da recente mãe. Não deverá haver presunção de que se vai apresentar o bebê à mãe, havendo o cuidado de não ser intrusiva. O técnico deve ter em consideração a observação das reacções da mãe face ao comportamento do seu bebê, servindo de base de apoio à partilha dos seus próprios conhecimentos (Brazelton, 1990). O fundamental é promover a auto-estima e o bem-estar da mãe, fazendo com que ela se sinta competente, empoderando-a, transmitindo-lhe a noção de que só ela será capaz de conhecer profundamente o seu bebê (Januário, 1997; *cit. in* Canavarro, 2006).

PARTE II

3- INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

No modelo de Dix (1991; *cit. in* Cruz, 2005) é referido que a parentalidade eficaz requer que os objectivos orientados para a criança activem uma emoção mais forte do que os objectivos centrados nos pais. Mascoli (1990) num estudo realizado acerca de *fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança*, demonstra que o período crítico pós parto é necessário ao desenvolvimento de ambos: mãe e criança, sugerindo medidas profiláticas perante situações de risco. Trajanovska (2007) nos seus estudos refere que as estratégias de ajuda à sustentabilidade da amamentação e o estímulo ao método mãe-canguru, não trás só benefícios para o bebé, mas também para o envolvimento materno. Os estudos desenvolvidos por Fraser, & Cullen (2008) alertam que a falta de apoio e aconselhamento dirigidos no pós-parto pode ter impacto na vida quotidiana da mulher, na sua relação com a família e amigos. Devendo existir abordagem individualizada com base nas suas necessidades, promovendo a sua saúde e bem-estar.

Perante estes estudos reveladores de grande preocupação com a saúde emocional da puérpera e do recém-nascido, surge a questão:

Será que o aconselhamento dirigido às puérperas se reveste da intervenção terapêutica essencial na promoção da saúde da recente mãe e do jovem bebé? Haverá influência por ser mais ou menos estruturado?

Assim o nosso objectivo é observar os efeitos positivos ao nível da auto-estima e no grau de conhecimentos. Esperando observar diminuição no grau de ansiedade e no grau de stress, após aconselhamento estruturado.

3.1- Definição e operacionalização das variáveis

Variáveis sócio-demográficas

Escolaridade, avaliada por uma questão fechada e operacionalizada como variável ordinal de 3 níveis: < de 9 anos; 9 -12 anos; >12 anos de escolaridade.

Idade, avaliada por uma questão aberta, como variável ordinal de 3 níveis: < de 20 anos; 20 e <30 anos ; 30 e < 40 anos.

Naturalidade, duas opções de resposta, 1 = Distrito Faro; 2 = Outro Distrito.

Coabitação, avaliada por uma questão fechada com 3 níveis: com o companheiro; com o companheiro e com outros familiares; sem o companheiro.

Variáveis independentes

Estruturação do Aconselhamento: condição de controlo, sessão de aconselhamento livre, não estruturado. Condição experimental, sessão de aconselhamento estruturado.

Momento de aplicação: Momento A - antes de rastreio metabólico. Momento B - após rastreio metabólico e após aconselhamento estruturado no caso da condição experimental. Momento C - um mês após rastreio metabólico.

Grau de conhecimentos, avaliada por 7 questões relacionadas com a percepção de conteúdos tratados na sessão estruturada de aconselhamento. De resposta dicotómica (sim = 2; não = 0). Avaliados no momento B, após sessão de aconselhamento e no momento C, um mês após sessão de aconselhamento (Sente-se informada acerca de horário para amamentar?; Sente que terá facilidade em aperceber-se da saciedade do seu bebé?; Sente-se esclarecida sobre aumento de peso?; Sente-se esclarecida de como proceder perante cólicas abdominais?; Sente-se esclarecida de como higienizar coto umbilical?; Sente-se esclarecida sobre hidratação dos mamilos?; Sente-se esclarecida sobre contraceção no período de amamentação?)

Variável dependente

Auto-estima estado, avaliada numa escala crescente tipo Likert de cinco pontos. 1= Discordo totalmente; 5 = Concordo totalmente. α Auto-estima estado A = .908; α Auto-estima estado C = .897.

Outras variáveis de análise

Experiência negativa, avaliada numa escala crescente tipo Likert de 4 pontos: 1 = Nada; 4 = Muito. α = .642. De acordo com Pestana (2003), corresponde a uma consistência interna de um grupo de variáveis, considerada fraca. Tendo em consideração a opinião desta autora e uma vez que a proporção da variabilidade das respostas resulta de diferenças das inquiridas apesar deste valor, optou-se por utilizar na mesma os resultados obtidos com este instrumento, dada a relevância dos conteúdos.

Experiência positiva, avaliada numa escala crescente tipo Likert de 4 pontos: 1 = Muito pior; 4 = Muito melhor. $\alpha = .936$.

Suporte social e familiar, avaliado por 3 itens relativos ao apoio dado por pessoas significativas, avaliada numa escala dicotómica. Sim = 1; Não = 2

Ansiedade – estado, STAI, avaliada por uma escala crescente tipo Likert, de 4 pontos: 1 = Nada; 4 = Muito. α A-STAI = .888; α B-STAI = .869; α C-STAI = .895

Stress, avaliado numa escala crescente tipo Likert de 4 pontos: sendo que a 1 = Não se aplicou nada a mim; 4 = Aplicou-se a mim a maior parte das vezes. α Stress A = .842; α Stress B = .895.

Variável controlo

Paridade, primíparas (mães pela primeira vez).

3.2- Metodologia

3.2.1- População e amostra

Universo ou população envolvida neste estudo foram todas as puérperas, que se encontrassem entre o 4º e o 7º dia pós-parto e que recorressem ao centro de saúde com o objectivo de realizarem rastreio metabólico aos seus bebés e agendarem marcação de vigilâncias de saúde infantil e revisão de puerpério. A amostra é constituída por 40 puérperas primíparas, 20 constituem o grupo de acção ou experimental (sujeitas a

aconselhamento estruturado) e outras 20 ao grupo de controlo (aconselhamento livre). A técnica de amostragem utilizada foi por conveniência ou acessibilidade (Hill & Hill, 2000).

3.2.2- Caracterização da amostra

A caracterização sócio - demográfica da amostra é baseada nos dados recolhidos com a primeira parte do questionário I, **momento A**, e serão descritos de acordo com a ordem utilizada na colheita de dados:

A variável **naturalidade** foi avaliada por uma questão fechada e operacionalizada com duas opções de resposta: 1 = Distrito Faro; 2 = outro Distrito.

As participantes são em maior número, naturais de outros distritos (**n** = 22; 55%). Para ambas, as condições, são em igual número naturais de Faro (**n** = 9; 45%) e de outros distritos (**n** = 11; 55%).

No que diz respeito à **idade**, observamos que maioritariamente encontram-se na faixa etária dos 20 anos aos 30 anos (**n** = 24; 60%). Na condição experimental, há uma mulher com idade inferior a 20 anos.

Escolaridade	Condição	
	Controlo	Experimental
Menos de 9 anos	6	1
9 anos e menos de 12 anos	9	9
Mais de 12 anos	5	10

Tabela 1- Distribuição das mulheres segundo a condição e a escolaridade

Relativamente à **escolaridade** observamos pela análise da tabela 3, que a maioria (**n** = 18; 45%) das mulheres tem uma escolaridade de 9 anos e menos de 12 anos de escolaridade. No entanto, no total das duas amostras existem 15 mulheres com mais de 12 anos de escolaridade. Mo = 9 a 12 anos de escolaridade e Mo = mais de 12 anos de escolaridade, condição controlo e experimental, respectivamente.

Agregado familiar	Condição	
	Controlo	Experimental
Com o companheiro	11	16
Com o companheiro/ outros familiares	7	2
Sem o companheiro	2	2

Tabela 2- Distribuição das mulheres segundo a condição e a constituição do agregado familiar.

Relativamente à **variável coabitação (agregado familiar)**, podemos observar pela análise da tabela 4 que a maioria das mulheres, em ambas as condições vivem com o companheiro. Na condição de controlo, 35% das mulheres vivem com o companheiro e outros familiares. Duas mulheres em cada uma das condições (controlo e experimental) vivem sem o companheiro.

A análise da estatística descritiva evidencia que a moda é viver com o companheiro.

3.2.3- Instrumentos.

Para a realização deste estudo foram compilados vários instrumentos, organizados em três questionários distintos a aplicar nos diferentes momentos de

contacto com as puérperas. Foi ainda elaborado um roteiro de aconselhamento estruturado a aplicar imediatamente após o momento A.

INSTRUMENTOS	MOMENTOS DE APLICAÇÃO		
	MOMENTO A	MOMENTO B	MOMENTO C
Sócio-demográficas	×		
STAI	×	×	×
QUESP- exp. Pos.	×		
QUESP- exp. Neg.	×		
QUESP- suporte	×		
STRESS - EADS	×	×	
Motivo/preocupação	×		
AUTO-ESTIMA	×		×
Grau/ conhecimento		×	×
Persistência dúvidas			×
Aconselhamento	Imediatamente após o momento A		

Relativamente à caracterização **sócio demográfica** da amostra, utilizámos 4 itens; Idade, nível de escolaridade, coabitação e naturalidade. (Idade, avaliada por uma questão aberta como variável ordinal de 3 níveis: menos de 20 anos; 20 e menos de 30 anos; 30 e menos de 40 anos; Nível de escolaridade, avaliada por uma questão fechada e operacionalizada como variável ordinal de 3 níveis: menos de 9 anos; 9 anos e menos de

12 anos; mais de 12 anos de escolaridade; Coabitação, avaliada por uma questão fechada, com 3 níveis: só com o companheiro; com o companheiro e com outros familiares; sem o companheiro; Naturalidade, avaliada por uma questão dicotómica: 1 = Distrito de Faro e 2 = outro Distrito).

Escala de ansiedade – estado, STAI, Stait- Trait Anxiety Inventory, de Charles Spielberger (1983), 20 itens relativos ao estado de ansiedade, tendo em consideração os dias coincidentes com a vivência do parto, avaliados numa escala crescente tipo Likert de 4 pontos, sendo que a 1 (nada) e a 4 (muito). O *alpha* de Cronbach é 0.85. Quanto maior o valor obtido, maior o estado de ansiedade. É composta por itens 9 invertidos (1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, 19). (O inventário de estado-traço de ansiedade-STAI- surgiu em 1970, construído por Charles Spielberger, com o objectivo de se constituir uma medida do tipo relato pessoal, breve e dotada de garantia, como o objectivo de recolher níveis de ansiedade estado e traço, na prática da clínica e da investigação. É constituído por 40 questões repartidas em igual número pelas duas sub-escalas: AE - ansiedade estado e AT- ansiedade traço).

QUESP, de Figueiredo (2004) - 22 itens (1, 2, 4, 5, 24, 25, 27, 28, 39, 40, 41, 45, 46, 57, 58, 59, 80, 81, 82, 83, 84 e 85), que constituem a sub-escala 2- **experiência positiva**, do questionário de experiência e satisfação com o parto relativos à confirmação de expectativas, auto-controlo, auto-confiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto, avaliados numa escala crescente tipo Likert de 4 pontos. Sendo que a 1 (Muito pior) e a 4 (Muito melhor). A consistência interna deste instrumento é-nos dada pelo *alpha* de Cronbach que é 0,87, destinado a avaliar a experiência e satisfação da mulher com o parto preocupações, sentimentos,

relaxamento, cuidados e condições disponíveis, dor, satisfação e confirmação de expectativas prévias, bem como suporte por parte de significativos durante o parto. Foi administrado a 306 mulheres nos primeiros 5 dias do pós-parto. O estudo psicométrico revelou ter boa consistência interna e ser fidedigno, possuindo boa capacidade preditiva em relação à posterior ocorrência de depressão pós-parto. Por permitir a identificação de experiências de parto menos positivas, susceptíveis de se traduzirem em dificuldades de ajustamento após o parto, o QUESP é um instrumento que se revela útil na investigação relacionada com a saúde reprodutiva.

QUESP, de Figueiredo (2004) 3 itens (36, 37, 38), que constituem a sub-escala 5-**Suporte**, do questionário de experiência e satisfação com o parto (, relativos ao apoio proporcionado por pessoas significativas, avaliados numa escala dicotómica, sim e não. Se sim por quem. O *alpha* de Cronbach obtido nesta sub-escala foi razoável, 0,79.

QUESP, de Figueiredo (2004) 12 itens (42, 43, 48, 49, 60, 61, 92, 93, 97, 98, 99 e 100), que constituem a sub-escala 3- **experiência negativa**, do questionário de experiência e satisfação com o parto, referentes ao medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto, avaliados numa escala crescente tipo Likert de 4 pontos. Sendo que a 1 (nada) e a 4 (muito). O *alpha* de Cronbach obtido nesta sub-escala é de 0,88, revelando boa consistência interna.

Stress - 7 itens que constituem a sub-escala de *stress* (1, 12, 8, 18, 6, 11, 14), da escala de ansiedade, depressão e *stress* (**EADS**) de 21 itens de Lovibonde e Lovibonde. Referente a como se tem sentido nos últimos dias, que terão necessariamente referência com as emoções vivenciadas. Avaliados numa escala crescente tipo Likert de 4 pontos.

Sendo que a 1 (não se aplicou nada a mim) e a 4 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes). O *alpha* de Cronbach é 0,81.

Relativamente a **motivos de preocupação**, utilizamos uma questão directa, de resposta dicotómica, sim e não, se sim qual.

Utilizamos a escala de **auto-estima estado**, constituída por 20 itens (Heatherton, & Polivy, 1991), traduzida por Gonçalves, Santos, Gomes, Viegas, 2007, *in preparation*. Este questionário destina-se a medir o que está a pensar neste preciso momento, sendo a melhor resposta, aquela que reflecte de verdade o que sente acerca de si neste momento. Avaliados numa escala tipo Likert de cinco pontos. Sendo que a 1 (discordo totalmente), e a 5 (concordo totalmente). O *alpha* de Cronbach obtido pelos autores foi elevado, 0,92 revelador da grande validade do instrumento. Para cotação e análise dos itens 2, 4, 5, 7, 8, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19 e 20 relativos a esta escala, deve ser feita inversão da pontuação correspondente ou seja uma resposta 5 corresponde 1, a uma resposta 4 a 2, a uma resposta 3 a 3, a uma resposta 2 a 4 e a uma resposta 1 a 5.

Programa de Aconselhamento Estruturado (em anexo).

Sessão de aconselhamento com a duração de 30 a 60 minutos, no dia de contacto para realização de rastreio metabólico (normalmente, reveste-se do primeiro contacto do recém-nascido com os cuidados de Saúde primários). Esta sessão de aconselhamento foi realizada com as participantes da condição experimental, pela investigadora e após terem respondido ao questionário do momento A. A sessão aborda algumas das temáticas mais frequentes de gerarem dúvidas e ansiedade nas mulheres, na fase do

puerpério (*vide* em anexo 7), abordando as temáticas: Amamentação (horário, posição, saciedade, dificuldades). É dada uma grande relevância ao aleitamento materno, uma vez que se trata de um assunto entendido como prioritário pelas mães, existindo estudos portugueses reveladores de uma taxa elevada de início de amamentação. Mas reveladores de que quase metade das mães não consegue cumprir o seu projecto de amamentação, desistindo precocemente pelas dificuldades surgidas (Ministério da Saúde, 2002).

Peso (desejado, real); Importância do toque (vinculação e funcionamento fisiológico); Massagem ao bebé (relaxamento, cólicas); Suporte (conjugal, familiar e social); Cuidados de higiene (alimentação, consumos aditivos, qualidade do ambiente, cuidados ao bebé); Contracepção e relações sexuais no puerpério.

Em relação ao grau de **percepção de conhecimentos** atingido com o esclarecimento sobre as questões mais frequentes e perturbadoras do puerpério, utilizamos 7 itens. Avaliados numa escala dicotómica. Sim = 2; Não = 0. Sente-se informada acerca de horário para amamentar?; Sente que terá facilidade em aperceber-se da saciedade do seu bebé?; Sente-se esclarecida sobre aumento de peso?; Sente-se esclarecida de como proceder perante cólicas abdominais?; Sente-se esclarecida de como higienizar coto umbilical?; Sente-se esclarecida sobre hidratação dos mamilos?; Sente-se esclarecida sobre contracepção no período de amamentação?)

Relativamente à percepção da puérpera, acerca do grau de esclarecimento das dúvidas e **persistência de dúvidas**, utilizamos 1 item. Avaliado numa escala dicotómica: Sim; Não. Se não, quais.

Em relação há **possibilidade de dúvidas existentes**, 2 itens. Avaliados numa escala dicotómica: Sim; Não. Se não, quais.

3.2.4- Procedimentos

Procurando respeitar os procedimentos éticos a ter em conta no trabalho a desenvolver, foi solicitada autorização para a aplicação e realização do respectivo trabalho de investigação à Direcção do Centro de Saúde de Albufeira (Anexo 1).

A recolha de dados foi feita no Centro de Saúde de Albufeira, tendo sido pedida a participação voluntária das puérperas que fizeram parte da amostra, assegurando-lhes o anonimato e solicitando à mulher que assinalasse o grau de concordância com cada questão.

A investigadora explicou que estava a ser realizado um estudo de investigação no âmbito do Mestrado de Psicologia da Saúde, relativamente aos sentimentos positivos e/ou negativos vivenciados face ao papel de recentes mães, com objectivo de promoção da sua saúde.

Os momentos de aplicação aos dois grupos foi de acordo com o quadro apresentado a seguir:

	MOMENTO A	MOMENTO B	MOMENTO C
GRUPO EXP.	×	×	×
GRUPO CONT.	×	×	×

Grupo experimental (20 puérperas)

Após o preenchimento do questionário I constituído por 89 itens, momento A, foi efectuada sessão de aconselhamento estruturado, dirigido às causas geradoras de dúvidas e ansiedades. Este aconselhamento foi realizado a todas as mulheres, sempre pelo mesmo enfermeiro, assim como nos diferentes momentos.

No final da sessão de aconselhamento, foi solicitado às mulheres que preenchessem um pós-questionário, questionário II constituído por 35 itens, momento B.

Recolhidos os instrumentos, explicou-se o propósito real do estudo e a necessidade de responder ao questionário III composto por 49 itens, recolhido um mês após, momento C (coincidente com a data da consulta de vigilância de saúde infantil e de puerpério, ou no caso de a mãe optar pelo atendimento privado, nos entregaria no dia de administração das vacinas dos dois meses de idade).

De forma a salvaguardar o direito ao anonimato e confidencialidade dos dados, foi utilizada uma urna para a recolha dos questionários, previamente numerados, de forma a permitir a identificação dos sujeitos da amostra (uma vez que a mesma mulher terá de responder a três questionários em momentos independentes), permitindo o posterior tratamento estatístico.

Grupo controle (20 puérperas)

Os questionários aplicados neste grupo integram os mesmos instrumentos e foram aplicados utilizando os mesmos tempos. Foi realizado esclarecimento livre tendo em consideração as dúvidas pessoais, a todas as puérperas. As puérperas do grupo de

controlo foram atendidas nos diferentes momentos sempre pelo mesmo enfermeiro, tendo na sua totalidade sido atendidas por vários enfermeiros. No espaço do Centro de Saúde de Albufeira, módulos I, II, III, IV e extensões.

4- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

O tratamento de dados foi realizado através do programa estatístico SPSS, versão 15. De acordo com os objectivos definidos são apresentadas análises estatísticas descritivas e inferenciais dos dados.

Foi utilizado o cálculo das médias, com arredondamento às décimas e desvio padrão com arredondamento às centésimas, de forma a verificar as diferenças e efeitos principais das variáveis estudadas.

a) Estado de ansiedade

Gráfico 1 – Ansiedade estado, observado no momento A em ambas as condições



O gráfico 1 permite observar que no momento A, o estado de ansiedade do grupo de controlo é superior ao do grupo experimental.

	Condição		
	Controlo	Experimental	
A-STAI	M	2.00	1.74
	SD	.412	.397
B-STAI	M	1.90	1.74
	SD	.407	.422
C-STAI	M	1.83	1.55
	SD	.345	.340

Tabela 3- Médias e desvio-padrão observadas no estado de ansiedade em ambas as condições, nos momentos A, B e C

Como se pode observar pela análise da tabela 3, em ambas as condições, controle e experimental, houve diminuição da ansiedade do primeiro momento ($M = 2.00$ e $M = 1.74$, respectivamente) para o terceiro momento ($M = 1.83$ e $M = 1.55$, respectivamente). Os dados revelam uma diminuição mais acentuada na condição experimental.

Nos momentos **A** e **C**, a condição de controlo apresenta uma média de ansiedade superior à média observada pelas participantes da condição experimental ($t_{(38)} = 2.053$, $p \leq .047$; ($t_{(38)} = 2.585$, $p \leq .014$, respectivamente).

Os resultados obtidos com base no T de *student* permitem observar que no **momento A** se registam diferenças significativas nos valores de ansiedade entre o grupo de controlo e o grupo experimental ($t_{(38)} = 2.053$, $p \leq .047$), sendo que o grupo de controlo apresenta valores mais elevados.

No **momento B** não se registam diferenças significativas entre os resultados médios da variável STAI entre os dois grupos: grupo de controlo e experimental ($t_{(38)} = 1.240, p \leq .223$).

Os resultados da variável STAI no **momento C** mostram existir diferenças significativas entre as médias do grupo de controlo e do grupo experimental ($t_{(38)} = 2.585, p \leq .014$), sendo o grupo de controlo a apresentar valores médios mais elevados.

As variáveis **STAI** obtidas nos 3 momentos de aplicação foram ainda comparadas entre si para as condições 1 e 2 separadamente.

Condição 1 – Grupo de Controlo:

A comparação dos resultados do grupo de **controlo** entre o **momento A e o momento B** permite observar que não existem diferenças significativas entre os valores médios dos dois momentos ($t_{(19)} = 1.886, p \leq .075$).

A ansiedade (**STAI**) diminui entre os três momentos, sendo significativa quando comparamos o momento **A e C** ($t_{(19)} = 2.652, p \leq .016$).

A análise dos resultados médios obtidos nos **momentos B e C** permite constatar que existem diferenças significativas entre os dois momentos ($t_{(19)} = 2.173, p \leq .043$), registando-se um valor médio superior no momento B.

Condição 2 – Grupo Experimental:

A comparação dos resultados do grupo **experimental** entre o **momento A e o momento B** permite observar que não existem diferenças significativas entre os valores médios dos dois momentos ($t_{(19)} = .045, p \leq .965$).

Na comparação dos valores médios de ansiedade (STAI) entre os **momentos A e C** pode verificar-se que há diferenças significativas ($t_{(19)} = 3.059$, $p \leq .006$), observando-se valores **superiores no momento A**.

A análise dos resultados médios obtidos nos **momentos B e C** permite constatar que existem diferenças significativas entre os dois momentos ($t_{(19)} = 4.943$, $p=.000$), registando-se um valor médio **superior no momento B**. No **momento C** é onde se registam os valores de ansiedade mais baixo.

b) Emoções

	Condição		
	Controlo	Experimental	
	M	2.49	2.95
Experiência positiva	SD	.375	.462
	M	2.47	2.49
Experiência negativa	SD	.310	.393

Tabela 4 - Médias e desvio-padrão observadas na experiência positiva e experiência negativa, observadas em ambas as condições, no momento A.

Pela análise da tabela 4 e pelos resultados do teste T de Student, podemos observar que a média de experiência positiva para as participantes da condição experimental ($M = 2.95$) é significativamente superior às participantes da outra condição ($M = 2.49$), para $t_{(38)} = -3.506$, $p \leq .001$.

Podemos ainda observar que a média de experiência negativa na condição experimental ($M = 2.49$) é superior à da condição de controlo ($M = 2.47$). Esta diferença não é significativa do ponto de vista estatístico ($t_{(38)} = -.186, p \leq .853$).

Emoções

Habil. Literárias		Exp. Positiva	Exp. Negativa
Menos de 9 anos	M	2.27	2.64
	SD	.452	.229
9 anos e menos de 12 anos	M	2.66	2.52
	SD	.399	.309
Mais de 12 anos	M	2.99	2.34
	SD	.410	.408

Tabela 5- Médias e desvio padrão observadas nas emoções (positivas e negativas) em função das habilitações literárias em ambas as condições.

A tabela 5 permite observar que as participantes de ambas as condições com maior grau de escolaridade apresentam experiência positiva superior e experiência negativa inferior ($M = 2.99, M = 2.34$ respectivamente).

A ANOVA *between subjects* para 2 (condição: controlo vs. experimental) x 3 (habilitações literárias: menos 9 anos de escolaridade vs. 9 a 12 anos de escolaridade vs. mais de 12 anos de escolaridade) mostrou um efeito da variável habilitações literárias sobre a variável experiência positiva $F(2, 34) = 5.962, p \leq .006$. Não foi observado nenhum outro efeito nem interação para $p \leq .05$.

Realizou-se uma comparação *post hoc*, através do método Tukey HSD que permitiu observar diferenças significativas entre as participantes em função das habilitações literárias para a variável experiência positiva. As participantes de maior grau de habilitações literárias apresentam uma média significativamente superior ($M = 2.99$) às participantes dos outros dois grupos ($M = 2.27$, $M = 2.66$ respectivamente) para $p \leq .001$ e $p \leq .045$.

A comparação *post hoc*, através do método Tukey HSD permitiu observar não existirem diferenças significativas entre as participantes em função das habilitações literárias para a variável experiência negativa.

Foi feita a análise, A ANOVA *between subjects* que não revelou qualquer efeito entre as habilitações literárias e restantes variáveis.

c) *Stress*

	Condição	
	Controlo	Experimental
<i>Stress-A</i>	M	1.91
	SD	.537
<i>Stress-B</i>	M	1.78
	SD	.441

Tabela 6- Médias e desvio padrão observadas na variável stress em ambas as condições

Como se pode observar pela análise da tabela 6, em ambas as condições, **controlo e experimental**, houve diminuição do *stress* do **primeiro momento** ($M = 1.91$; $M = 1.71$, respectivamente) para o **segundo momento** ($M = 1.78$; $M = 1.63$,

respectivamente), observando-se valores mais elevados no grupo de **controle** em **ambos os momentos**.

Pela análise dos valores, podemos observar que não existem diferenças significativas entre os valores médios obtidos para ambos os grupos relativamente ao *stress* no **momento A** ($t_{(38)} = 1.302, p \leq .201$). Também se observa, não existirem diferenças significativas entre os valores médios obtidos para ambos os grupos relativamente ao *stress* no **momento B** ($t_{(38)} = 1.107, p \leq .275$).

As variáveis *Stress* quando comparadas nos dois momentos de aplicação para cada grupo, não revelaram diferenças significativas (**controle** $t_{(19)} = 1.273, p \leq .218$); (**experimental** $t_{(19)} = 1.222, p \leq .237$).

d) Auto-estima estado

	Condição	
	Controlo	Experimental
Auto-estima-A	M	3.62
	SD	.480
Auto-estima-C	M	3.82
	SD	.395

Tabela 7- Médias e desvio padrão observadas na variável auto-estima em ambas as condições.

Pela tabela 7 podemos observar em ambas as condições, **controle e experimental**, aumento da **auto-estima** do **momento A** ($M = 3.62; M = 3.88$, respectivamente) para o

momento C ($M = 3.82$; $M = 3.97$, respectivamente), observando-se um valor mais elevado no grupo **experimental** em **ambos os momentos**.

A análise dos resultados médios obtidos nos **momentos A e C** permite observar existirem diferenças significativas entre os dois momentos ($t_{(39)} = -2.889$, $p \leq .006$) para ambos os grupos.

Pela análise dos valores médios podemos observar que no **momento A**, não existem diferenças significativas entre os valores médios obtidos para ambos os grupos relativamente a **auto-estima** ($t_{(38)} = 1,765$, $p \leq .086$). Também se observa não existirem diferenças significativas entre os valores médios obtidos para ambos os grupos relativamente a **auto-estima no momento C** ($t_{(38)} = 1.197$, $p \leq .239$).

Quando comparada, a auto-estima das duas condições nos momentos A e C, somente se verificaram diferenças significativas no grupo de controlo ($t_{(19)} = -2.49$ $p \leq .022$).

e) Auto percepção de conhecimentos

	Condição	
	Controlo	Experimental
Grau conhecimentos B	M	1.33
	SD	.550
Grau conhecimentos C	M	1.63
	SD	.323

Tabela 8- Médias e desvio padrão observadas na variável percepção de conhecimentos em ambas as condições.

Na tabela 8 observamos que em ambas as condições, **controle e experimental**, houve aumento da percepção de conhecimentos do **momento B** ($M = 1.33$; $M = 1.90$, respectivamente) para o **momento C** ($M = 1.63$; $M = 1.99$ respectivamente), observando-se um valor elevado no grupo **experimental** em **ambos os momentos**.

Pela análise dos valores médios obtidos podemos observar que existem diferenças significativas entre os valores médios do **grau de conhecimentos do grupo de controle e grupo experimental no momento B** ($t_{(38)} = -4.380$, $p = .000$). Observando-se também diferenças significativas entre os valores médios do **grau de conhecimentos do grupo de controle e grupo experimental no momento C** ($t_{(38)} = -4.856$, $p = .000$).

As variáveis **percepção de conhecimentos** obtidas nos 2 momentos de aplicação quando comparadas entre si para as condições, revelaram diferenças significativas entre os valores médios dos dois momentos ($t_{(19)} = -3.805$, $p \leq .011$), para a condição controle, não tendo revelado diferenças significativas entre os valores médios dos momentos B e C ($t_{(19)} = -1.818$, $p \leq .085$) na condição experimental.

Foi realizada uma análise através de coeficiente de correlação r de Pearson para medir o grau de associação entre as variáveis em estudo. Para melhor compreensão dos resultados são apresentados por condição.

CORRELAÇÕES

Grupo de controle:

Podemos observar que o grau de conhecimentos no **momento B** está correlacionado negativamente com o grau de **ansiedade** em todos os momentos: **A** ($r = -.515$, $p \leq$

.020); **B** ($r = -.770, p = .000$); **C** ($r = -.797, p = .0020$). Apresenta correlação positiva com a **experiência positiva com o parto** ($r = .690, p \leq .001$).

O grau de conhecimentos no **momento C** apresenta correlação positiva com o grau de conhecimentos no **momento B** ($r = .798, p = .000$).

A **auto-estima do momento C** correlaciona-se positivamente com o **grau de conhecimentos do momento B** ($r = .684, p \leq .001$).

O **Stress B** está correlacionado positivamente com **Stress A** ($r = .589, p \leq .006$), negativamente com **grau de conhecimentos no momento B** ($r = -.503, p \leq .024$) e negativamente ainda com **grau de conhecimentos C** ($r = -.564, p \leq .010$).

Grupo Experimental:

A **auto-estima do momento C** está correlacionada positivamente com a **experiência positiva com o parto** ($r = .632, p \leq .003$) e com a **auto-estima A** ($r = .801, p = .000$), aproxima-se de uma correlação positiva com **grau de conhecimentos do momento B** ($r = .383, p \leq .095$) e correlaciona-se negativamente com a **ansiedade estado em todos os momentos: A** ($r = -.688, p \leq .001$); **B** ($r = -.778, p = .000$); **C** ($r = -.801, p = .000$) e ainda com **Stress B** ($r = -.683, p \leq .001$).

O grau de conhecimentos no **momento B** não se encontra relacionado com as restantes variáveis, no **momento C** apresenta correlação negativa com o **Stress B** ($r = -.453, p \leq .045$).

O **Stress B** está correlacionado positivamente com **estado de ansiedade** nos três momentos: **A** ($r = .498, p \leq .026$); **B** ($r = .697, p \leq .001$); **C** ($r = .695, p \leq .002$), negativamente com **grau de conhecimentos no momento B** ($r = -.503, p \leq .024$) e negativamente ainda com **grau de conhecimentos C** ($r = -.564, p \leq .010$).

5- DISCUSSÃO

Com este estudo era nosso objectivo avaliar se o aconselhamento estruturado, aplicado às puérperas, no dia de rastreio metabólico aos recém-nascidos, interferia na manifestação de auto-estima, no grau de conhecimentos, nos níveis de *stress* e de ansiedade estado.

Observámos relativamente à **auto-estima**, que em ambas as condições houve aumento da auto-estima do **momento A** para o **momento C**. Podendo observar-se um valor mais elevado no grupo **experimental** em **ambos os momentos**.

A **auto-estima estado no grupo experimental** está relacionada positivamente com a experiência positiva com o parto e com o grau de conhecimentos. Concordando com vários autores que defendem que o tipo de parto é determinante para a mulher e que a vinculação é decorrente dos acontecimentos do parto: a dor e o mal-estar durante o parto afectam negativamente a disponibilidade da mãe para a vinculação imediata (Karacan & Eroglu, 2003; Wton & Newton, 1962; Niven, 1988; Robson & Kumar, 1980; Thune-Larsen & Pedersen, 1988; *cit. in* Leal, 2005).

No que diz respeito à **experiência positiva com o parto**, a média da condição experimental é superior às participantes da condição de controlo, assim como para a **experiência negativa com o parto**. No entanto, esta diferença não é significativa do ponto de vista estatístico. Observa-se ainda que as participantes de ambas as condições com maior **grau de escolaridade** apresentam **experiência positiva superior** e **experiência negativa inferior**.

A presença de uma pessoa *significativa* que ofereça **apoio e suporte** eficaz é favorecedor de uma **experiência de parto mais positiva**, promovendo o envolvimento

emocional materno com o bebé (Kennell, 1990; *cit. in* Leal, 2005). Os estudos de Hildingsson, *et al.*, (2008) acerca da proporção de mulheres insatisfeitas com apoio precoce do companheiro na gravidez, parto e pós-parto avaliado 2 meses e um ano após, revelou numa corte nacional sueca de 2430 mulheres, 5% estavam insatisfeitas com o apoio do parceiro, manifestando mais sintomas físicos, emocionais e menos bem-estar. Após um ano, a avaliação relativamente às insatisfeitas revela uma maior taxa de divórcios e decepção com a participação do parceiro. De qualquer forma, é sabido que as pessoas perante vivências com sofrimento associado, tendem a ser mais negativas nas avaliações. Os autores sugerem a identificação das mulheres sem apoio, prioritando-as para apoio na vigilância gestacional e puerperal. No presente estudo, 80% das mulheres tiveram apoio (foi unicamente avaliado a percepção de suporte e não o suporte efectivo) de alguém significativo durante o trabalho de parto e parto.

Relativamente à variável *stress*, em ambas as condições houve diminuição do primeiro para o segundo momento. Observando-se valores mais elevados no grupo de controlo em ambos os momentos. No grupo experimental, o **stress no momento B** está correlacionado positivamente com **estado de ansiedade** nos três momentos.

A auto-estima estado no grupo experimental relaciona-se negativamente com o grau de *stress*. Boss (2002) refere que o foco de atenção dos profissionais, em situações de *stress*, deve ocupar-se das crenças, valores, regras, padrões de funcionamento das pessoas envolvidas, *permitindo aceder a uma janela que conduza à mudança*. O nível elevado das emoções, de difícil regulação, orientam o indivíduo para a acção ou não acção, recorrendo ou não aos processos cognitivos. Também os estudos de Boyd, Zayas e Mckee (2006), revelam a necessidade de valorizar a interacção e camaradagem da mãe - bebé, propondo programas positivos de como lidar com o bebé, reduzindo-lhes a angústia e *stress*.

Os estudos não revelaram haver correlação entre auto-estima e experiência negativa com o parto.

Relativamente ao grau de **ansiedade**, podemos observar que os valores médios diminuíram do primeiro para o segundo e terceiro momentos em ambas as condições, tendo-se mantido mais elevados no grupo de controlo.

A **auto-estima estado** correlaciona-se negativamente com a **ansiedade estado** em todos os momentos. Os estudos de O'Connor (1997; *cit. in* Soares, 2007) verificaram que as mães que se descreviam como auto-confiantes, independentes, alegres, adaptáveis e afectivas, eram aquelas que tinham maior probabilidade de ter um bebé *Seguro*, revelador de um processo de vinculação seguro. Perspectivando uma relação dual gratificante, muito positiva, geradora de orgulho e potenciadora da auto-estima.

Relativamente ao **grau de conhecimentos** em ambas as condições, houve aumento da percepção de conhecimentos do **momento B** para o **momento C**, tendo-se observado diferenças significativas entre os grupos e em ambos os momentos. Observou-se um valor mais elevado no grupo **experimental** em ambos os momentos.

O grau de conhecimentos no momento B, na **condição experimental**, não se encontra relacionado com as restantes variáveis. No entanto, apresenta diferenças significativas relativamente ao grupo de controlo, tendo-se observado valores médios mais elevados. Estes resultados parecem sugerir que este grau mais elevado de conhecimentos se deve à intervenção do aconselhamento estruturado. Os estudos de Goto, (*et al.*, 2008) referem que a falta de confiança das mães no período pós-parto influencia negativamente a capacidade de cuidar adequadamente dos bebés. Estando a

confiança materna relacionada com a auto-eficácia. Concordando com os estudos de Belky (1997 b, *cit. in* Soares, 2005) em que revelaram que os programas mais eficazes em aumentar o nível perceptivo dos pais, foram igualmente benéficos no aumento do número de crianças com uma vinculação segura. Os estudos de Huq e Tasmin (2008) referem que os programas de educação para a saúde para as mães e o nível mais elevado de escolaridade, resultam em melhores índices vacinais e maior adesão à vigilância em saúde infantil, determinando redução na mortalidade infantil. As investigações de Herschderfer, *et al.*, (2002, *cit. in* Wieggers, 2006) também revelaram existir relação entre o número de horas de cuidados pós-parto e confiança das mulheres na capacidade de cuidar de si e do seu bebé. Sugerindo que a mãe sujeita a programas de aconselhamento e de educação para a saúde revela maior intenção de cumprir o que é mais positivo e aceitável para o seu bebé. Também é referido nos estudos de Farrer, Alkon e To (2007) que as competências adquiridas nas sessões de esclarecimento e apoio podem capacitar as pessoas de forma a ajudá-las a evitar repetir problemas vivenciados por outros.

No entanto, em estudos posteriores de forma a aferir se o grau de conhecimentos no momento B (imediatamente a seguir ao aconselhamento estruturado), se deve efectivamente ao aconselhamento estruturado ou ao nível de escolaridade e a conhecimentos prévios, sugerimos que se avalie o grau de conhecimentos no primeiro momento, ou seja, antes de o técnico ter qualquer intervenção. No nosso estudo não foi avaliado uma vez que a nossa amostra em ambas as condições foi seleccionada de uma forma aleatória, entre primíparas, de forma a controlar variáveis estranhas influenciadoras de assimetrias. Sugerimos ainda que o atendimento das participantes de ambas as condições se realize pelo mesmo técnico e no mesmo espaço físico, otimizando ainda o controlo de variáveis estranhas.

6- CONCLUSÃO

A psicologia da saúde caracteriza-se por ser uma área de intervenção que recorre a metodologias breves, eficazes e de baixa relação custo benefício (Barros, 2003). De acordo com Pinto (1990), a experiência, quando é bem planeada e avaliada, permite um aumento na percepção da realidade em estudo e de base na previsão de comportamentos ainda não investigados. Esta criatividade, no confronto com os indivíduos poderá mudar as realidades e conseqüentemente reformular as teorias (Ogden, 2004).

Stevens (2006) nos seus estudos alerta para a abordagem longitudinal necessária a observar-se no que respeita à saúde das crianças. Que as trajectórias de saúde dos adultos são fixadas na infância, nos períodos críticos de desenvolvimento. Que estas trajectórias são influenciadas pelas contribuições positivas e negativas no início de vida. Confirmando que os determinantes de risco para a saúde e desenvolvimento das crianças são multifactoriais. Este autor apela aos legisladores para que garantam vigilância de saúde, apoio emocional e socioeconómico, reduzindo e/ou eliminando barreiras financeiras e psicológicas, favorecedoras do isolamento e de uma condição inferior de saúde.

O modelo de promoção de saúde desenvolveu-se como complemento de outros modelos de protecção da saúde. Aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver, são as metas da educação em geral e da promoção da saúde que devem incluir não só “ (...) *acções dirigidas ao fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também acções dirigidas para a alteração das condições sociais, económicas (...)*” (Matos *et al.*, 2000, p. 21), de forma a permitir ao

indivíduo a capacitação e o controlo sobre os seus determinantes de saúde, melhorando dessa forma a sua auto-estima e conseqüentemente o seu bem-estar.

Este trabalho ao avaliar um vasto número de aspectos relacionados com o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, suporte proporcionado por familiares, amigos, profissionais de saúde e especificamente o companheiro, a imensidão de emoções envolvidas, as auto-preocupações de saúde e com o bebé, permite-nos identificar estas dimensões como susceptíveis de influenciar não só o bem-estar da mãe e do bebe, mas também o familiar.

Os resultados do nosso estudo corroboraram os estudos anteriores, revelando a existência de associações entre o grau de conhecimentos, auto-estima, *stress* e ansiedade. Observámos relativamente à auto-estima, que em ambas as condições houve aumento da auto-estima do momento A para o momento C, com um aumento superior no grupo experimental. No que diz respeito à variável *Stress*, em ambas as condições houve diminuição do momento A para o momento B, observando-se valores mais elevados no grupo de controlo em ambos os momentos. Relativamente ao grau de ansiedade, observámos que os valores médios diminuíram do primeiro para o segundo e terceiro momentos em ambas as condições, tendo-se mantido mais elevados no grupo de controlo. No grau de conhecimentos em ambas as condições, houve aumento da percepção de conhecimentos do momento B para o momento C, observando-se um valor mais elevado no grupo experimental em ambos os momentos.

Estes resultados induzem que, na situação concreta do puerpério, o contacto precoce da mãe com o seu filho seja predictor de grande satisfação e de grande motivo de felicidade. Assim e se a mãe sujeita a programas de aconselhamento e de educação para a saúde revela maior intenção de cumprir o que é mais positivo e aceitável para o

seu bebê, uma vez que as competências adquiridas nas sessões de aconselhamento lhes favorecem a auto-eficácia e competência. Gostaríamos ao nível das implicações deste estudo, que fosse impulsionador destas questões na área da saúde da mulher e do recém-nascido, nos atendimentos diários nos cuidados de saúde primários. Concretamente no primeiro contacto do recém-nascido com os serviços de saúde, por exemplo no dia de rastreio metabólico (a realizar entre o terceiro e sétimo dia de vida).

Seria ainda importante que se desenvolvessem estudos longitudinais de forma a avaliar se de facto as mães que receberam aconselhamento estruturado continuam com níveis de *stress* e de ansiedade mais baixos a longo prazo, e se o mesmo poderá ser promotor do desenvolvimento de uma vinculação mais segura. Sugere-se também que o suporte seja avaliado em termos reais e não só em termos perceptivos e que os progenitores ou companheiros das mães sejam avaliados em termos de saúde mental, de forma a complementar a informação sobre o suporte social da mãe, tal como já foi proposto por outros autores (Schumacher, *et al.* 2008).

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assis, W. (2006). *Estudo sobre desenvolvimento, bem-estar e necessidades humanas para uma economia da complexidade*. Curitiba.

Barreto, P., Arranz, P., & Molero, M. (1997). Counselling. Instrumento fundamental en la relación de ajuda. In M. Martorell & R. González (Eds). *Entrevista y Consejo Psicológico*. (pp. 83-104). Madrid: Síntesis.

Barros, L.(2003). *Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bayle, F. & Martinet, S. (2008). *Perturbações da parentalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade - 4ª Ed.* Loures: Lusociência.

Boyd, C. R., Zayas, H. L., & Mckee, D. M. (2006). Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 10 (2), 139-148.

- Bowlby, J. (1984 a). *Apego e perda*. Vol. 1. São Paulo: Livraria Martins e Fontes .
- Bowlby, J. (1984 b). *Apego e perda. Separação- angústia e raiva*. Vol. 2. São Paulo: Livraria Martins e Fontes.
- Branco, A. (2004). *Auto-motivação*. Coimbra: Quarteto editora.
- Brazelton, T. B. (1990). Saving the bathwater. *Child Development*, 61, 1661-1671.
- Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. 2ª ed. Coimbra: Publidisa, SA.
- Capponi, I. & Horbacz, C.(2008). Le devenir mère: anxiété et temporalité de l'accompagnement. *Pratiques psychologiques*, 14, 389-404.
- Cheng, C. & Li, Q. (2008). Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Women's Health Issues*.18, 267-280.
- Comité português para a UNICEF – Comissão Nacional (2002). Manual do aleitamento materno, Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (16), 365-371.

Covas, M. M. (2005). Repensar a Família de Hoje na Perspectiva dos Valores, dos Objectivos de Vida e da Gestão dos Recursos. *Seminário Internacional (Re)Pensar os Laços Familiares e Sociais* (pp. 2-30). Braga: Universidade do Minho.

Cruz, M. A. (2002). *Stress e imunidade – contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra: Edições Formasau.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. 1ª ed. Coimbra: Quarteto editora.

Cubbin, C., Marchi, K., Lin, M., Bell, T., Marshall, H., Miller, C., & Braveman, P. (2008). Is Neighborhood deprivation independently associated with maternal and infant health? Evidence from Florida and Washington. *Maternal and Child Health Journal*, 12 (61-74).

Farrer, J., Alkon, A., & To, K. (2007). Child care health consultation programs: barriers and recommendations. *Maternal and Child Health Journal*, 11 (111-118).

Figueiredo, B. (2004). Questionário de experiência e satisfação com o parto (*QESP*). Porto. *Psicologia Saúde & Doenças*, 5 (1), 159-187.

Figueiredo, B. (2007). Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 38 (1), 29-38.

Fortin, F. (1999). *O processo de investigação*. Lisboa: Lusociência.

Franken, R. (2002). *Human motivation*. USA: Wadsworth/ Thomson Learning.

Fraser, D. & Cullen, L. (2008). Postnatal management and breastfeeding. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 19.

Gameiro, J. (1999). *Crónicas*. Porto: Afrontamento.

Goleman, D. (1999). *Trabalhar com inteligência emocional*. Braga: Temas e debates.

Gonçalves, G., Santos, J., Gomes, A., & Viegas, M. (2007). Manuscrito em preparação. Universidade do Algarve; Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Goto, A., Vinh, Q. N., Thin Tu Van, N., Phuc, H. P., Minh, N. P., Yabe, J., & Yasumura, S. (2008). Maternal confidence in child rearing: comparing data from short-term prospective surveys among Japanese and Vietnamese mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 12, 613-619.

Grimley, M. D., Annang, L., Foushee, R. H., Bruce, C. F., & Kendrik, S. J. (2006). Vaginal douches and other feminine hygiene products: Women's practices and perceptions of product safety. *Maternal and Child Health Journal*, 10 (3), 303-310.

Hesbeen, W. (2001) *Qualidade em enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

Hildingsson, I., Tingvall, M. & Rubertsson, C.(2008). Partner support the childbearing period- A follow up study. *Women and Birth*, 2,141-148.

- Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Holub, K. C., Kershaw, S. T., Ethier, A. K., Lewis, B. J., Milan, S., & Ickovics, R. J. (2007). *Maternal and Child Health Journal*, 11, 153-159.
- Howell, A. E., Mora, P., & Leventhal, L. (2006). Correlates of early Postpartum depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 149-157.
- Huq, N. M. & Tasnim, T. (2008). Maternal education and child healthcare in Bangladesh. *Maternal and child health journal*, 51,43-51.
- Innocenti declaration (2005). *On Infant and Young child feeding*. Florence.
- Jasen, J., Weerth, C. & Riksen-Walraven, M (2008). Breastfeeding and the mother-infant relationship. *Developmental Review*, 28, 503-521.
- Jones, Elizabeth. (2009). Initiating and establishing lactation in the mother of a preterm infant. *Journal of Neonatal Nursing*, in press.
- King, S. (1991). *Como ajudar as mães a amamentar*. Londrina: Universidade estadual de Londrina.
- Lamb, M. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise psicológica*, 1 (10), 19-34.
- Lang. S. (2002). *Breastfeeding special care babies*. London: 2ª edição.

Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de século – edições.

Lourenço, P. R., & Gomes, A. D. (2003). Da pluralidade à bidimensionalidade da eficácia dos grupos / equipas de trabalho. *Psychologica*, 33, 7-22.

Mancuso, A., De Vivo, A., Fanara, G., Settineri, S., Giacobbe, A. & Pizzo, S. (2008). Emotional state and dreams in pregnant women. *Psychiatry Research*. 160, 380-386.

Manual do formando e do formador - *Aconselhamento em amamentação, um curso de treid)*

Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização SPSS*. 2ª Ed. Lisboa. Edições Sílabo.

Mascoli, L. (1990). Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: Abordagem psicológica a puérperas em isolamento e no pós-parto distóxico. *Análise Psicológica*, 4 (8), 377-388.

Matarazzo, J. (1980). Behavioural health and behavioural medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Matos, M. (2001). *A saúde dos adolescentes Portugueses*. Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa.

Ministério da Saúde (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Acções Programáticas Estratégicas. *Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Organização Mundial da Saúde (1986). *Carta de Otawa para a promoção da saúde (Direcção Geral da saúde, trad.) Versão Portuguesa “ Uma conferência Internacional para a promoção da saúde com vista a uma nova Saúde Pública”*, 17-21 de Novembro., Ottawa, (Canadá).

Organização Mundial da Saúde (1993). Secretaria de controlo de doenças diarreicas e respiratórias. Genebra.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I.(2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e *stress* de Lovibond e Lovibond. Lisboa: *Psicologia Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.

Pais R. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

Payne, R., Donaghy, M., & Bellamy, K. (2002). *Técnicas de Relaxamento – Um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.

Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2003). *Análise dos dados para ciências sociais*. Lisboa. Edições Sílabo.

Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições jornal de Psicologia.

Polit, D., & Hungler, P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes médicas.

Queirós, M. M., Fernández-Berrocal, P. Extremera, N., Carral, J. M. C., & Queirós, P. S. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9 (1).

Reck, C., Stehle, E., Reinig, K. & Mundt, C. (2008). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113, 77-87.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi editores.

Seaman, C. (1987). *Research Methods Principles, Practice na Theory for Nursing*. California: Ed. Appleton e Lange.

Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Schumacher, M.; Zubaran, C. & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and Birth*. 21, 65-70.

Spielberger, C., & Sydeman, S. (1983). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. Tradução efectuada por Danilo Silva.

Stanhope, M., et al (1999). *Enfermagem comunitária- Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (p. p266-308). Lisboa: Lusociência.

Stevens, D.G. (2006). Gradients in the health status and developmental risks of young children: The combined influences of multiple social risk factors. *Maternal and Child Health Journal*, 10 (2), 187-199.

Surkan, J. P., Peterson, E. K., Hughes, D. M., & Gottlieb, R. B. (2006). The role of social networks and support in postpartum women's depression: A multiethnic sample. *Maternal and Child Health Journal*, 10 (4), 375-383.

Tahon, M. B. (2006). *Paternidade, Maternidade e Cidadania: questões actuais no quadro canadense*. Brasília: Sociedade e Estado.

Tezel, A. & Gozum, S. (2006). Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. *Patient Education and Counseling*. 63, 64-73.

Trajanovska, M., Burns, S. & Johnston, L. (2007). A retrospective study of breastfeeding outcomes in an Australian neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 13, 150-154.

Turck, D. (2005). Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de Pédiatrie*, 12,145-165.

Unicef. (1999). Breastfeeding: foundation for a healthy future.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care a theory of nursing*. USA: National league for nursing.

Wiegers, T. A. (2006). Adjusting to motherhood maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope. *Journal of Neonatal Nursing*, 12, 163-171.

Veríssimo, M. (2005). Coordenação entre o modelo dinâmico interno da mãe e o comportamento de base segura dos seus filhos. *Análise psicológica*. 2, (23) 85-95.

Viegas, M. (2000). *Culpa e altruísmo: influência na auto-estima estado e no comportamento de ajuda*. Projecto fim de curso. Faro: Universidade do Algarve; Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

ANEXOS

Anexo 1- Pedido de autorização para a aplicação de questionário

ALBUFEIRA, 8 DE NOVEMBRO DE 2007.

AO CONSELHO DIRECTIVO
DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL
DE SAÚDE DO ALGARVE, IP

Celestina Prata, Enfermeira, a exercer funções no Centro de Saúde de Albufeira desde Janeiro de 1987. Encontra-se a realizar um estudo no âmbito do Mestrado, na área de Psicologia da Saúde na Universidade do Algarve, intitulado: “Aconselhamento no puerpério: efeitos na auto-estima e manifestação de bem-estar,” orientado pela Professora Doutora Gabriela Gonçalves.

Neste âmbito solicito a Vossa Ex.^a, permissão para aplicação de um instrumento de colheita de dados, tipo questionário, que tem por objectivo, desenvolver um estudo de investigação acção, de método *quasi* experimental, pretendendo avaliar se o aconselhamento estruturado no puerpério interfere na manifestação de auto-estima e bem-estar. O questionário integra várias escalas: 4 itens referentes à caracterização sócio demográfica da amostra; Idade, nível de escolaridade, coabitação e naturalidade; 20 itens relativos ao estado de ansiedade. Escala de ansiedade – estado, STAI, Stait-

Trait Anxiety Inventory, de Charles Spielberger (1983); 22 itens que constituem a sub-escala 2- experiência positiva, do questionário de experiência e satisfação com o parto (QUESP), de Figueiredo, B; 3 itens, que constituem a sub-escala 5- Suporte, do questionário de experiência e satisfação com o parto (QUESP), de Figueiredo, B; 12 itens, que constituem a sub-escala 3- experiência negativa, do questionário de experiência e satisfação com o parto (QUESP), de Figueiredo, B; 7 itens que constituem a sub-escala de stress da escala de ansiedade, depressão e stress(EADS) de 21 itens de Lovibonde e Lovibonde; 20 itens que constituem a escala de auto-estima estado (Heatherton, T., D., & Polivy, J., 1991), traduzida por Gonçalves, G, Santos, J., Gomes, A., Viegas, M., 2007, manuscrito em preparação. Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

A população envolvida neste estudo serão todas as puérperas primíparas, que se encontrem entre o 4º e o 7º dia pós-parto e que recorram ao centro de saúde com objectivo de realizarem rastreio metabólico aos seus bebés e agendarem marcação de vigilâncias de saúde infantil e revisão de puerpério.

Na situação concreta do puerpério, o contacto precoce da mãe com o seu filho é predictor de grande satisfação e de grande motivo de felicidade. Este trabalho ao avaliar um vasto número de aspectos relacionados com o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, suporte proporcionado por familiares, amigos, profissionais de saúde e especificamente o companheiro, a imensidão de emoções envolvidas, as auto preocupações de saúde e com o bebé, permite-nos identificar estas dimensões como susceptíveis de influenciar o bem-estar materno e do bebé. Ao nível das implicações deste estudo, gostaríamos que fosse impulsionador destas questões na área da saúde da mulher e do recém-nascido.

Desde já garantimos a posterior divulgação dos resultados obtidos, bem como a garantia do anonimato dos utentes.

Para algum esclarecimento complementar, o meu endereço electrónico é celestina.prata@sapo.pt e o contacto telefónico é 96 1217870.

Aguardando uma resposta,
Subcrevo-me com os melhores cumprimentos

Celestina Prata

Anexo 2- Escalas dos instrumentos

Momento A

Constituído por 89 itens:

- 4 itens referentes à caracterização sócio demográfica da amostra; idade, nível de escolaridade, coabitação e naturalidade.
 - Idade, avaliada por uma questão aberta como variável ordinal de 3 níveis: menos de 20 anos; mais de 20 e menos de 30 anos; mais de 30 e menos de 40 anos.
 - Nível de escolaridade, avaliada por uma questão fechada e operacionalizada como variável ordinal de 3 níveis: menos de 9 anos; 9 anos e menos de 12 anos; mais de 12 anos de escolaridade.
 - Coabitação, avaliada por uma questão fechada, com 3 níveis: só com o companheiro; com o companheiro e com outros familiares; sem o companheiro.
 - Naturalidade, avaliada por uma questão dicotómica: 1= Distrito de Faro e 2 = Outro distrito.
- 20 itens relativos ao estado de ansiedade. Escala de ansiedade – estado, STAI, Stait- Trait Anxiety Inventory, de Charles Spielberger (1983), tendo em consideração os dias coincidentes com a vivência do parto, avaliados numa escala crescente tipo Likert de 4 pontos. Sendo que a 1 (nada) e a 4 (Muito). O Alfa de Cronbach =0.85.
- 22 itens (1, 2, 4, 5, 24, 25, 27, 28, 39, 40, 41, 45, 46, 57, 58, 59, 80, 81, 82, 83, 84 e 85), que constituem a sub-escala 2- experiência positiva, do questionário de experiência e satisfação com o parto (QUESP), de Figueiredo, B. Relativos à confirmação de expectativas, auto-controlo, auto-confiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto, avaliados numa escala crescente tipo

Likert de 4 pontos. Sendo que a 1 (muito pior) e a 4 (muito melhor). A consistência interna deste instrumento é-nos dada pelo Alfa de Cronbach obtido, = 0,87.

- 3 itens (36, 37, 38), que constituem a sub-escala 5- Suporte, do questionário de experiência e satisfação com o parto (QUESP), de Figueiredo, B., relativos ao apoio proporcionado por pessoas significativas, avaliados numa escala dicotómica, sim e não. Se sim por quem. O Alfa de Cronbach obtido nesta sub-escala foi razoável = 0,79.
- 12 itens (42, 43, 48, 49, 60, 61, 92, 93, 97, 98, 99 e 100), que constituem a sub-escala 3- experiência negativa, do questionário de experiência e satisfação com o parto (QUESP), de Figueiredo, B. referentes ao medo, mal estar e dor durante o trabalho de parto e parto, avaliados numa escala crescente tipo Likert de 4 pontos. Sendo que a 1 (nada) e a 4 (muito). O Alfa de Cronbach obtido nesta sub-escala =0,88, revelando boa consistência interna.
- 7 itens que constituem a sub-escala de stress (1, 12, 8, 18, 6, 11, 14), da escala de ansiedade, depressão e stress(EADS) de 21 itens de Lovibonde e Lovibonde. Referente a como se tem sentido, avaliados numa escala crescente tipo Likert de 4 pontos. Sendo que a 1 (não se aplicou nada a mim) e a 4 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes). A consistência interna = 0,81.
- 1 questão directa relativa a motivos de preocupação que não saiba como resolver, resposta dicotómica, sim e não, se sim qual.
- 20 itens que constituem a escala de auto-estima estado (Heatherton, T., D., & Polivy, J., 1991), traduzida por Gonçalves, G, Santos, J., Gomes, A., Viegas, M., 2007, manuscrito em preparação. Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Avaliados numa escala tipo Likert de cinco pontos. Sendo que

a 1 (discordo totalmente), e a 5 (concordo totalmente). O Alfa de Cronbach obtido pelos autores foi elevado, $\alpha = 0,92$, revelador da grande validade do instrumento.

Momento B

Constituído por 35 itens, a ser aplicado após aconselhamento:

- 20 itens relativos ao estado de ansiedade, (Escala de ansiedade – estado, STAI, Stait- Trait Anxiety Inventory, de Charles Spielberger, 1983), neste momento. Avaliados por uma escala crescente tipo Likert de 4 pontos. Sendo que a 1 (quase nunca) e a 4 (quase sempre). O Alfa de Cronbach =0.85.
- 8 itens relativos ao esclarecimento sobre as questões perturbadoras do puerpério, avaliados numa escala dicotômica: sim e não.
- 7 itens que constituem a escala de stress (1, 12, 8, 18, 6, 11, 14), da escala de ansiedade, depressão e stress(EADS) de 21 itens de Lovibonde e Lovibonde, referente a como se sente, avaliados numa escala crescente tipo Likert de 4 pontos.Sendo que a 1(não se aplicou nada a mim, e a 4 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes). A consistência interna = 0,81.

Momento C

Constituído por 49 itens, a ser aplicado um mês após o primeiro:

- 20 itens relativos ao estado de ansiedade, (Escala de ansiedade – estado, STAI, Stait- Trait Anxiety Inventory, de Charles Spielberger, 1983), tendo em consideração as últimas semanas. Avaliados por uma escala crescente tipo Likert de 4 pontos. Em que a 1 (Quase nunca) e a 4 (Quase sempre). O Alfa de Cronbach =0.85.

- 7 itens relativos ao esclarecimento sobre as questões perturbadoras do puerpério, avaliados numa escala dicotómica: sim e não.
- 2 itens relativos há possibilidade de dúvidas existentes. Avaliadas numa escala dicotómica de sim e não, se não quais.
- 20 itens que constituem a escala de auto-estima estado (Heatherton, T., D., & Polivy, J., 1991), traduzida por Gonçalves, G., Santos, J., Gomes, A., Viegas, M., 2007, manuscrito em preparação. Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Avaliados numa escala crescente tipo Likert de cinco pontos. Sendo que a 1 corresponde discordo totalmente, e a 5 corresponde concordo totalmente.

O Alfa de Cronbach obtido pelos autores foi elevado = 0,92, mostrando grande validade do instrumento.

Anexo 3- Questionário I



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Questionário I

Este questionário tem por objectivo, a recolha de informação para a realização de um projecto de investigação no âmbito de Mestrado de Psicologia da Saúde, relativamente aos sentimentos positivos e/ou negativos, vivenciados pelas recém – mães, com objectivo de promoção da saúde.

Solicitamos a vossa colaboração para o seu preenchimento.

È importante que considere que não existem respostas certas ou erradas, pelo que lhe pedimos a sua total sinceridade. Tem toda a liberdade de interromper.

Muito gratos pela sua colaboração

1-Naturalidade (assinale a opção correcta).

Distrito de Faro

Outros

2-Qual a sua idade. (assinale a opção correcta).

Menores de 20 anos.

Mais que 20 e menos que 30 anos.

Mais que 30 e menos que 40 anos.

3-Habilitações literárias. (assinale a opção correcta).

- Menos de nove anos de escolaridade.
- 9 anos e menos de 12 anos de escolaridade.
- Mais de 12 anos de escolaridade.

4-Agregado familiar. (assinale a opção correcta).

- Só com o companheiro.
- com o companheiro e com outros familiares.
- Sem o companheiro.

Como se sente?

Para as suas respostas, considere os dias coincidentes com a vivência do parto.

Utilize a seguinte escala, rodeando o valor, para responder ao questionário

1- Quase nunca

2- Algumas vezes

3- Frequentemente

4-Quase sempre

5-Sinto-me bem.....1 2 3 4

6-Sinto-me nervosa e agitada.....1 2 3 4

7-Sinto-me satisfeita comigo mesmo.....1 2 3 4

8-Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.....1 2 3 4

9-Sinto-me falhada.....1 2 3 4

10-Sinto-me tranquila.....1 2 3 4

11-Estou “calma, fresca e concentrada”.....1 2 3 4

- 12-Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma, que não as consigo ultrapassar.....1 2 3 4
- 13-Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.....1 2 3 4
- 14-Estou feliz.....1 2 3 4
- 15-Tenho pensamentos que me perturbam.....1 2 3 4
- 16- Falta-me auto-confiança.....1 2 3 4
- 17- Sinto-me segura.....1 2 3 4
- 18- Tomo decisões facilmente.....1 2 3 4
- 19- Sinto-me inadequada.....1 2 3 4
- 20- Estou contente.....1 2 3 4
- 21- Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam.....1 2 3 4
- 22- As contrariedades afectam-me de modo tão intenso, que não consigo afastá-las da minha mente.....1 2 3 4
- 23- Sou uma pessoa firme.....1 2 3 4
- 24- Fico tensa e preocupada quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais.....1 2 3 4

Experiência positiva

Utilize a escala seguinte, rodeando o valor, para responder ao questionário.

1-Muito pior

2- Pior

3-Melhor

4-Muito melhor

25-O trabalho de parto decorreu de encontro as suas expectativas?.....1 2 3 4

26-O parto decorreu de encontro as suas expectativas?.....1 2 3 4

27-A dor que sentiu no trabalho de parto foi de acordo com as expectativas?.....1 2 3 4

28-A dor que sentiu no parto foi de acordo com as expectativas?.....1 2 3 4

29-Sentiu que tinha a situação sob controlo durante o trabalho de parto?.....1 2 3 4

30-Sentiu que tinha a situação sob controlo durante o parto?.....1 2 3 4

31- Sentiu-se confiante durante o trabalho de parto?.....1 2 3 4

32- Sentiu-se confiante durante o parto?.....1 2 3 4

33-Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao trabalho

- de parto?.....1 2 3 4
- 34- Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao parto?.....1 2 3 4
- 35- Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao pós-parto?.....1 2 3 4
- 36- Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o trabalho de parto?.....1 2 3 4
- 37- Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o parto?.....1 2 3 4
- 38- Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o trabalho de parto?.....1 2 3 4
- 39- Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o parto?.....1 2 3 4
- 40-Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou logo após o parto?.....1 2 3 4
- 41- Está satisfeita com a forma como decorreu o trabalho de parto?.....1 2 3 4
- 42- Está satisfeita com a forma como decorreu o parto?.....1 2 3 4
- 43-Está satisfeita com a forma como decorreu o pós-parto?.....1 2 3 4

44- Está satisfeita com o tempo que demorou o trabalho de parto?.....1 2 3 4

45- Está satisfeita com o tempo que demorou o parto?.....1 2 3 4

46- Está satisfeita com o tempo que demorou o pós-parto?.....1 2 3 4

Suporte

47-Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o trabalho de parto? **Sim**___ **Não**___

Se sim. Quem?

48-Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o parto? **Sim**___ **Não**___

Se sim. Quem?

49-Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) logo após o parto? **Sim**___ **Não**___

Se sim. Quem?

Experiência negativa

Utilize a escala seguinte, rodeando o valor para responder ao questionário.

1-Nada

2-Um pouco

3-Bastante

4-Muito

- 50- Sentiu medo durante o trabalho de parto?.....1 2 3 4
- 51- Sentiu medo durante o parto?1 2 3 4
- 52- Que quantidade de mal-estar sentiu durante o trabalho de parto.....,...1 2 3 4
- 53- Que quantidade de mal-estar sentiu durante o parto.....1 2 3 4
- 54- Recorda o trabalho de parto como doloroso?.....1 2 3 4
- 55- Recorda o parto como doloroso?.....1 2 3 4
- 56- Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu no trabalho de parto?.....1 2 3 4
- 57- Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu no parto?.....1 2 3 4
- 58- Intensidade média de dor durante o trabalho de parto.....1 2 3 4
- 59- Intensidade máxima de dor durante o trabalho de parto.....1 2 3 4
- 60- Intensidade média de dor durante o parto.....1 2 3 4
- 61- Intensidade máxima de dor durante o parto.....1 2 3 4

Utilize a seguinte escala, rodeando o valor, para responder ao questionário.

- 1. Não se aplicou nada a mim**
- 2. Aplicou-se a mim algumas vezes**

3. Aplicou-se a mim muitas vezes

4. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

62-Tenho tido dificuldade em me acalmar.....1 2 3 4

63-Tenho sentido dificuldade em me relaxar.....1 2 3 4

64-Tenho estado a utilizar muita energia nervosa.1 2 3 4

65-Tenho sentido por vezes que estou sensível.....1 2 3 4

66-Tenho reagido em demasia em determinadas situações.....1 2 3 4

67-Dou por mim a ficar agitada.....1 2 3 4

68-Tenho estado intolerante em relação a qualquer coisa que me
impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.....1 2 3 4

69-Tem algum assunto que a preocupe e não saiba como lidar?

Sim___ **Não**___

Se sim. Qual?

Face ao seu papel de mãe, responda aos itens seguintes, tendo em conta que a melhor resposta é aquela que reflecte de verdade o que sente acerca de si mesmo neste momento, utilizando a escala seguinte:

1-Discordo totalmente

2-Discordo

3-Às vezes

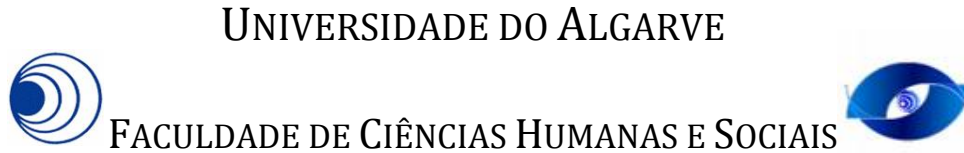
4-Concordo

5-Concordo totalmente

- 70-Sinto-me confiante das minhas capacidades como mãe.....1 2 3 4 5
- 71-Estou preocupada se os outros me estimam como uma pessoa sucedida ou fracassada como mãe.....1 2 3 4 5
- 72- Sinto-me satisfeita com a aparência do meu corpo neste momento.....1 2 3 4 5
- 73- Sinto-me frustrada ou perturbada acerca dos meus desempenhos.....1 2 3 4 5
- 74- Sinto que estou com dificuldade em compreender certas coisas que estou a ler.....1 2 3 4 5
- 75- Sinto que os outros me respeitam e admiram como mãe.....1 2 3 4 5
- 76- Estou insatisfeita com o meu peso.....1 2 3 4 5
- 77- Sinto-me inibida.....1 2 3 4 5
- 78- Sinto-me tão inteligente quanto os outros.....1 2 3 4 5
- 79- Sinto-me descontente comigo própria.....1 2 3 4 5
- 80- Sinto-me bem comigo própria.....1 2 3 4 5
- 81-Estou satisfeita com a minha aparência neste preciso momento.....1 2 3 4 5
- 82- Estou preocupada acerca do que os outros pensam de mim como mãe.....1 2 3 4 5

- 83- Sinto-me confiante de que entendo as coisas.....1 2 3 4 5
- 84- Sinto-me inferior relativamente aos outros neste momento...1 2 3 4 5
- 85- Sinto-me pouco atraente.....1 2 3 4 5
- 86- Sinto-me preocupada da impressão que estou fazendo.....1 2 3 4 5
- 87- Sinto que neste momento tenho menos habilidades como mãe
do que as outras.....1 2 3 4 5
- 88- Sinto que não estou a fazer bem.....1 2 3 4 5
- 89- Estou preocupada em parecer ridícula.....1 2 3 4 5

Anexo 4- Questionário II



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Questionário II

Este questionário tem por objectivo, a recolha de informação para a realização de um projecto de investigação no âmbito de Mestrado de Psicologia da Saúde, relativamente aos sentimentos positivos e/ou negativos, vivenciados pelas recém – mães, com objectivo de promoção da saúde.

Solicitamos a vossa colaboração para o seu preenchimento.

È importante que considere que não existem respostas certas ou erradas, pelo que lhe pedimos a sua total sinceridade. Tem toda a liberdade de interromper.

Muito gratos pela sua colaboração

Como se sente neste momento

Utilize a seguinte escala, rodeando o valor, para responder ao questionário

- 1- Quase nunca**
- 2- Algumas vezes**
- 3- Frequentemente**
- 4- Quase sempre**

- 1- Sinto-me bem.....1 2 3 4
- 2- Sinto-me nervosa e agitada.....1 2 3 4
- 3- Sinto-me satisfeita comigo mesma.....1 2 3 4
- 4- Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.....1 2 3 4
- 5- Sinto-me falhada.....1 2 3 4
- 6- Sinto-me tranquila.....1 2 3 4

- 7- Estou “calma, fresca e concentrada”.....1 2 3 4
- 8- Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma, que não as consigo ultrapassar.....1 2 3 4
- 9- Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.....1 2 3 4
- 10- Estou feliz.....1 2 3 4
- 11- Tenho pensamentos que me perturbam.....1 2 3 4
- 12- Falta-me auto-confiança.....1 2 3 4
- 13- Sinto-me segura.....1 2 3 4
- 14- Tomo decisões facilmente.....1 2 3 4
- 15- Sinto-me inadequada.....1 2 3 4
- 16- Estou contente.....1 2 3 4
- 17- Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam.....1 2 3 4

- 18- As contrariedades afectam-me de modo tão intenso, que não consigo afastá-las da minha mente.....1 2 3 4
- 19- Sou uma pessoa firme.....1 2 3 4
- 20- Fico tensa e preocupada quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais.....1 2 3 4

Perguntas acerca do aconselhamento

21-Sente-se informada acerca de horário para amamentar?

Sim____ Não____

22-Sente que terá facilidade em aperceber-se da saciedade do seu bebé?

Sim____ Não____

23-Sente-se esclarecida sobre aumento de peso?

Sim____ Não____

24- Sente-se esclarecida de como proceder perante cólicas abdominais?

Sim____ Não____

25-Sente-se esclarecida de como higienizar coto umbilical?

Sim____ Não____

26-Sente-se esclarecida sobre hidratação dos mamilos?

Sim____ Não____

27-Sente-se esclarecida sobre contracepção no período de amamentação?

Sim____ Não____

28- Considera que as informações dadas a ajudaram a superar as dúvidas?

Sim____ Não____

Utilize a seguinte escala, rodeando o valor, para responder ao questionário.

- 1. Não se aplicou nada a mim**
- 2. Aplicou-se a mim algumas vezes**
- 3. Aplicou-se a mim muitas vezes**
- 4. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes**

29-Tive dificuldade em me acalmar.....1 2 3 4

30- Senti dificuldade em me relaxar.....1 2 3 4

31- Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.....1 2 3 4

32-Senti que por vezes estava sensível.....1 2 3 4

33-Tive tendência a reagir em demasia em determinadas
situações.....1 2 3 4

34-Dei por mim a ficar agitada.....1 2 3 4

35-Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de
terminar aquilo que estava a fazer.....1 2 3 4

Anexo 5- Questionário III



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Questionário III

Este questionário tem por objectivo, a recolha de informação para a realização de um projecto de investigação no âmbito de Mestrado de Psicologia da Saúde, relativamente aos sentimentos positivos e/ou negativos, vivenciados pelas recém – mães, com objectivo de promoção da saúde.

Solicitamos a vossa colaboração para o seu preenchimento.

È importante que considere que não existem respostas certas ou erradas, pelo que lhe pedimos a sua total sinceridade. Tem toda a liberdade de interromper.

Muito gratos pela sua colaboração

Como se sente nas últimas semanas

1-Quase nunca

2- Algumas vezes

3- Frequentemente

4-Quase sempre

Utilize a seguinte escala, rodeando o valor, para responder ao questionário

- 1-Sinto-me bem.....1 2 3 4
- 2- Sinto-me nervosa e agitada.....1 2 3 4
- 3-Sinto-me satisfeita comigo mesma.....1 2 3 4
- 4-Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.....1 2 3 4
- 5-Sinto-me falhada.....1 2 3 4
- 6-Sinto-me tranquila.....1 2 3 4
- 7-Estou “calma, fresca e concentrada”.....1 2 3 4
- 8-Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma, que não as consigo ultrapassar.....1 2 3 4
- 9-Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.....1 2 3 4
- 10-Estou feliz.....1 2 3 4
- 11-Tenho pensamentos que me perturbam.....1 2 3 4
- 12- Falta-me auto-confiança.....1 2 3 4
- 13- Sinto-me segura.....1 2 3 4
- 14- Tomo decisões facilmente.....1 2 3 4
- 15- Sinto-me inadequada.....1 2 3 4
- 16- Estou contente.....1 2 3 4
- 17- Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam.....1 2 3 4

- 18- As contrariedades afectam-me de modo tão intenso, que não consigo
afasta-las da minha mente.....1 2 3 4
- 19- Sou uma pessoa firme.....1 2 3 4
- 20- Fico tensa e preocupada quando penso nas minhas preocupações e
interesses actuais.....1 2 3 4

Perguntas acerca do aconselhamento

21-Sente-se informada acerca de horário para amamentar?

Sim____ Não____

22-Sente que terá facilidade em aperceber-se da saciedade do seu
bebé?

Sim____ Não____

23-Sente-se esclarecida sobre aumento de peso?

Sim____ Não____

24- Sente-se esclarecida de como proceder perante cólicas abdominais?

Sim____ Não____

25-Sente-se esclarecida de como higienizar coto umbilical?

Sim____ Não____

26-Sente-se esclarecida sobre hidratação dos mamilos?

Sim____ Não____

27-Sente-se esclarecida sobre contracepção no período de amamentação?

Sim____ Não____

28- Considera que as informações dadas a ajudaram a superar as dúvidas?

Sim____ Não____

29-Sente que todas as suas dúvidas foram esclarecidas?

Sim____ **Não**____

Se não. Quais?

Face ao seu papel de mãe, responda aos itens seguintes, tendo em conta que a melhor resposta é aquela que reflecte de verdade o que sente acerca de si mesma neste momento, utilizando a escala seguinte:

1-Discordo totalmente

2-Discordo

3-Às vezes

4-Concordo

5-Concordo totalmente

30- Sinto-me confiante das minhas capacidades como mãe.....1 2 3 4 5

31- Estou preocupada se os outros me estimam como uma pessoa sucedida ou fracassada como mãe.....1 2 3 4 5

- 32- Sinto-me satisfeita com a aparência do meu corpo neste momento.....1 2 3 4 5
- 33- Sinto-me frustrada ou perturbada acerca dos meus desempenhos.....1 2 3 4 5
- 34- Sinto que estou com dificuldade em compreender certas coisas que estou a ler.....1 2 3 4 5
- 35- Sinto que os outros me respeitam e admiram como mãe.....1 2 3 4 5
- 36- Estou insatisfeita com o meu peso.....1 2 3 4 5
- 37- Sinto-me inibida.....1 2 3 4 5
- 38- Sinto-me tão inteligente quanto os outros.....1 2 3 4 5
- 39- Sinto-me descontente comigo própria.....1 2 3 4 5
- 40- Sinto-me bem comigo própria.....1 2 3 4 5
- 41- Estou satisfeita com a minha aparência neste preciso momento.....1 2 3 4 5
- 42- Estou preocupada acerca do que os outros pensam de mim como mãe.....1 2 3 4 5
- 43- Sinto-me confiante de que entendo as coisas.....1 2 3 4 5
- 44- Sinto-me inferior relativamente aos outros neste momento...1 2 3 4 5
- 45- Sinto-me pouco atraente.....1 2 3 4 5
- 46- Sinto-me preocupada da impressão que estou fazendo.....1 2 3 4 5
- 47- Sinto que neste momento tenho menos habilidades como mãe do que as outras.....1 2 3 4 5

- 48- Sinto que não estou a fazer bem.....1 2 3 4 5
- 49- Estou preocupada em parecer ridícula.....1 2 3 4 5

Anexo 6- Resposta de Conselho Directivo, ARS do Algarve, IP.

Tue, 20 Nov 2007 11:31:37 -0000 [20-11-2007 11:31:37 WET]

De: [Conselho Directivo - ARS Algarve <cd@arsalgarve.min-saude.pt>](mailto:cd@arsalgarve.min-saude.pt)▼

Para: celestina.prata@sapo.pt▼

[Mostrar este HTML numa nova janela?](#)

Exm.^a Senhora

Dr.^a Celestina Prata

Vimos pelo presente, informar que foi autorizado por esta ARS o pedido feito por V. Ex.^a a solicitar permissão para aplicação de um instrumento de colheita de dados, tipo questionário, no âmbito do estudo de investigação intitulado “Aconselhamento no puerpério: efeitos na auto-estima e manifestação de bem-estar”.

Mais se informa V. Ex.^a que na presente data também foi dado conhecimento do deferimento do referido pedido, à Directora do Centro de Saúde de Albufeira.

Com os melhores cumprimentos,

Eusébio Pacheco

Tue, 20 Nov 2007 11:31:37 -0000 [20-11-2007 11:31:37 WET]

De: Conselho Directivo - ARS Algarve <cd@arsalgarve.min-saude.pt>▼

Para: celestina.prata@sapo.pt▼

Vogal do Conselho Directivo da ARS Algarve, I.P.

Anexo 7- Aconselhamento estruturado

Aconselhamento Estruturado.

Parabéns pelo nascimento do seu bebé, é uma experiência que espero ir alterar a sua vida. De agora em diante, vai necessitar de fazer opções relativamente aos cuidados e alimentação do seu bebé recém-nascido, incluindo amamentar ou não.

Se escolher amamentar estará a dar ao seu bebé a mais pura e mais benéfica nutrição possível – o seu próprio leite.

Algumas vantagens da amamentação (de acordo com manual do formando e do formador - Aconselhamento em amamentação, um curso de treid; OMS, 1993; UNICEF, 1999)

Para a mulher: fortalece o vínculo afectivo; favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia; contribui para o retorno ao peso normal; contribui para o aumento do intervalo entre gestações.

Para a criança: é um alimento completo, não necessitando de nenhum acréscimo até aos seis meses de idade; facilita a eliminação de mecónio e diminui a incidência de icterícia; protege contra infecções; aumenta o vínculo afectivo; diminui as alergias; eczema; meningite bacteriana; diabetes juvenil; síndrome de Crohn (doença intestinal); infecções respiratórias; assadura da fralda; síncope do recém-nascido ou morte súbita; síndrome diarreico; infecções dos ouvidos; infecções das vias urinárias.

Para a família e a sociedade: é limpo e ecológico, pronto e na temperatura adequada; diminui os internamentos e os seus custos; é gratuito.

Durante a gravidez, os lobos glandulares transformam-se em células de formação de leite (alvéolos) e o volume da mama aumenta. A aréola aumenta de

tamanho (quase para o dobro) e torna-se mais escura, ficando assim mais fácil para o recém-nascido encontrar a mama da mãe. Na aréola também existem glândulas sebáceas especiais – as glândulas de Montgomery, que segregam uma substância antibacteriana de forma a manter a humidade dos mamilos, cobrindo-os com uma camada protectora durante a gravidez e o aleitamento.

A hormona prolactina estimula as células, preparando os alvéolos para a produção do leite. O nível de prolactina aumenta regularmente a partir da segunda metade da gravidez, mas a produção de leite só tem início após o parto. Porém, certas mulheres observam um corrimento de colostro na mama mesmo durante a gravidez. A aréola, ao ser estimulada pela sucção do bebé, dá origem à produção da hormona ocitocina, também chamada a hormona do amor, que provoca a contracção dos alvéolos e dos canais lácteos, e que, por sua vez permite a saída do leite. Este fluxo de leite é designado por reflexo automático ou esvaziamento. Se o bebé mamar durante muito tempo, este reflexo de esvaziamento pode ser estimulado várias vezes na mesma mamada.

Posição correcta do bebé.

A posição mais comum é a posição de embalar tradicional (o bebé fica deitado de lado, de modo a que todo o seu corpo se apoie contra o da mãe, cabeça apoiada pela flexora do braço da mãe e a mão apoia o bebé na zona sacro-coccígea. O bebé deve ficar completamente acoplado à aréola mamária, como se fosse uma ventosa. As narinas ao serem pressionadas de encontro à aréola, achatam e abrem, permitindo a deglutição e respiração simultâneas. Este acoplar é também chamado de “boa pega”. Poderá ainda mamar com a mãe deitada, posicionando-se o bebé em posição ventral, ou em posição de rugby, desde que devidamente acoplado.

Ritmo das mamadas.

O ritmo das mamadas é repetidamente modificado à medida que o bebé vai crescendo. Os melhores resultados da amamentação são obtidos se um bebé saudável, nascido de termo é posto à mama no imediato pós-parto e sempre que o desejar.

A frequência é muitas vezes de 8 a 12 vezes, num período das 24 horas. Os níveis de prolactina no período nocturno são mais elevados levando a uma predilecção do bebé por este horário, e por isso nas primeiras semanas após o nascimento, é normal que o bebé também queira mamar de noite. O ritmo altera-se durante os picos de crescimento (às três e seis semanas e aos três meses), se estiver muito calor, ou em casos de distúrbios ou tensão nervosa.

Duração da mamada

A mamada demora cerca de 10 a 20 minutos. Se possível, o bebé deverá mamar em ambas as mamas, mas se o bebé ficar saciado após ter mamado numa, a outra deverá ser oferecida em primeiro lugar na mamada seguinte.

A composição inigualável do Leite Materno

O Leite Materno está adaptado às necessidades do bebé e a sua composição altera-se constantemente. Contém mais de 200 substâncias essenciais que o alimentam e permitem resistir às infecções. A sua consistência depende da idade do bebé, da hora do dia e da alimentação específica. Pode mesmo sofrer alterações durante a mesma mamada, sobretudo em relação ao teor de gordura. No início da mamada, o leite apresenta-se aguado e vai-se tornando cada vez mais espesso à medida que vai saindo. O primeiro leite a correr elimina sobretudo a sede do bebé e na sua sequência destina-se a saciar-lhe a fome (uma vez que é mais rico em gordura), promovendo o aumento ponderal. O Leite Materno tem todas as vitaminas, sais minerais e elementos

necessários ao crescimento do bebé, indo ao encontro de todos os requisitos de higiene alimentar, indicado em exclusivo até aos seis meses de idade.

O colostro é produzido durante os primeiros dias de vida do bebé. É um leite amarelado que contém, comparativamente, mais proteínas e minerais e menos gordura. Por possuir uma quantidade elevada de imunoglobulinas (anticorpos), é também chamado “ bomba imunológica”. Estes anticorpos formam uma espécie de revestimento na parede intestinal do bebé, protegendo-o das infecções. Após 10 a 15 dias, dá-se uma transição gradual para o Leite Maduro.

Cada gota de Leite Materno é preciosa!

Dificuldades da mãe

Leite em quantidade insuficiente

Se o bebé não for colocado correctamente na mama, se estiver num pico de crescimento, ou ainda se a mãe estiver num período de *stress* é possível que durante um curto período de tempo não consiga produzir Leite suficiente.

Uma amamentação correcta e frequente, uma dieta equilibrada, a ingestão adequada de líquidos e a extracção completa do Leite após cada mamada revelam-se úteis e essenciais na resolução deste problema.

Mama congestionada

Durante todo o período da amamentação, certas zonas da mama podem tornar-se rígidas (congestionadas). Esta situação pode ser acompanhada por dores e febre alta. A aplicação de compressas quentes ou frias se a mama estiver vermelha, ou a massagem suave das partes afectadas e a colocação frequente do bebé à mama podem aliviá-la.

Se a mama se mantiver congestionada após a mamada, deverá ser esvaziada manualmente ou com uma Bomba de Extracção de Leite Materno.

Mama inflamada (Mastite)

A mastite é uma infecção aguda, provocada pela congestão da mama ou por germes que penetram na mama, normalmente através de uma greta no mamilo, provocando assim a doença. Os sintomas são vermelhidão, dor na mama afectada associada a febre ou não. A mastite também pode ser causada por um soutien demasiado apertado. Uma mãe que amamenta deve utilizar um soutien de amamentação que sustente correctamente a mama, mas sem a comprimir. A aplicação de compressas frias se a mama estiver vermelha ajuda a aliviar a dor.

Recorra sem hesitar à ajuda de um especialista, se os sintomas persistirem. Uma mama inflamada não é razão para deixar de amamentar o seu bebé!

Mamilos gretados

Mamilos sensíveis ou gretados são muitas vezes a consequência de uma posição incorrecta do bebé durante a mamada ou devido à forma incorrecta de segurar a mama enquanto dá de mamar. Se o bebé fizer uma boa pega, como descrevi anteriormente não repuxará os mamilos e por isso não lhes vai causar gretas. Esta situação ocorre normalmente durante as primeiras semanas da amamentação. Poderá obter alívio sentando-se de forma mais confortável e posicionando o bebé correctamente. Para ajudar a ultrapassar esta situação dos mamilos gretados, recomendamos a lubrificação dos mamilos no após mamada com a última parte do leite. Por ser rico em gordura hidrata e promove a cicatrização. A aplicação tópica, e de forma cirúrgica, de lanolina (gordura natural) na greta também se revela bastante eficaz. Pode também libertar-se do

soutien por algum tempo de forma a não comprimir os mamilos e não usar discos de protecção pois revela-se inibidor da cicatrização.

Forma inadequada do mamilo

As mães com mamilos planos ou invertidos devem rodar os mamilos de forma a estimulá-los a promoverem a sua protactibilidade. Se mesmo assim o bebé tiver dificuldade na adaptação ao mamilo poder-se-á usar seringa cortada de 20 ml, aplicada ao contrário aspirando na área areolar e adaptando de imediato o bebé. Os protectores de silicone só se deverão ser usados em último recurso, uma vez serem favorecedores da entrada de ar, favorecendo as cólicas e a flatulência.

Perdas de Leite

É frequente sair Leite pela mama e não estar naquele momento a amamentar. Se a mulher fizer pressão no mamilo essas perdas cessam (Lang, 2002).

Dificuldades do bebé

Reflexo de sucção confuso

Porque mamar é basicamente diferente de beber num biberão, é possível que uma única refeição de biberão seja suficiente para confundir o bebé e fazê-lo desistir da mama. Os bebés cujo reflexo de sucção foi confundido adquirem uma técnica de sucção inadequada, não conseguindo posteriormente mamar eficazmente.

Ao mamar, o bebé comprime com os lábios e a parte frontal da língua sobre a gengiva do maxilar inferior, envolvendo a aréola com movimentos ondulados, obrigando assim o Leite a ser expelido dos seus reservatórios internos. Quando o bebé bebe um biberão, a sua língua faz pressão sobre a tetina para cima sobre o seu “céu da boca”. O risco de confusão do reflexo de sucção pode ocorrer logo às primeiras 4 a 6 semanas de vida.

Se o bebé não puder ser alimentado à mama, na ausência da mãe, o Copinho – *Baby Cup* ou simplesmente um pequeno copo plástico, oferece uma solução alternativa e eficaz.

Mamada ineficiente

Alguns bebés adormecem quando estão a mamar e, por conseguinte, não mamam o suficiente. Por vezes, a solução é mudar de mama quando os ruídos de sucção se tornam menos frequentes. Nos casos dos bebés dorminhocos, é aconselhável segurar a mama com a mão durante toda a mamada, massajar com o polegar e ir falando com o bebé.

Suporte (conjugal, familiar e social)

Por exemplo, tente repousar quando o seu bebé repousa, em vez de pôr em dia a lida da casa ou a lavagem da roupa. Permita-se ser ajudada mas não manipulada. Limite as visitas de vizinhos e amigos e simplifique as actividades quotidianas o mais que puder, para reduzir o nível de cansaço físico e diminuir o nível de *stress*.

Peso (desejado, real)

Relativamente ao peso, pretende-se que o bebé adquira o peso de nascimento ao 10º dia de vida e que posteriormente adquira cerca de 20 gramas por dia. As recomendações actuais da OMS e de acordo com cursos de conselheiras 2008, para organização dos cantinhos de amamentação, é de 500 gramas mensais. Poderá ser pesado semanalmente, no 1º mês de vida ou quinzenalmente se se sentir confiante. Se o bebé registar mais de seis micções por dia é significativo de se estar a alimentar adequadamente.

Alimentação, consumos aditivos, meio ambiente.

Apesar de pensar primeiro na alimentação do seu bebê, não descure a sua, uma vez que a sua implica a dele. Siga uma dieta equilibrada e variada, evitando alimentos com corantes e conservantes, beba muitos líquidos, preferencialmente água e leite. Os consumos aditivos, como o tabaco, álcool ou outras substâncias tóxicas, são prejudiciais ao bebê. Assim a qualidade do ambiente, tanto em nível sonoro como renovação de ar e ausência de poluentes atmosféricos, tornam-se fundamentais.

As doenças respiratórias são das consequências mais conhecidas do tabagismo passivo. Explicando-se pela inalação do aerossol tabágico e pela destruição ciliar. A realidade desta exposição é confirmada pelos marcadores do tabaco, particularmente a cotinina, que é o metabolito principal da nicotina, que se encontra no sangue, na saliva e na urina. Mas o fumo é sobretudo irritante para a mucosa respiratória, causando tosse e afecções pulmonares. As crianças filhas de mães fumadoras são as que correm maiores riscos: porque normalmente passam mais tempo com as suas mães, e também porque os químicos do fumo passam através do leite materno (sendo o seu valor triplo do encontrado em doseamentos séricos maternos).

O fumo passivo agrava a asma e os seguintes distúrbios: pneumonia, tosses e bronquites, *croup* ou laringite, farfalheira ou bronquiolite, ataques de asma, gripes por *influenzae*, infecções do ouvido, corrimento do ouvido médio e bloqueio, constipações ou infecções respiratórias do trato superior, infecções nasais, dores de garganta, irritação dos olhos, morte súbita no berço, dermatites atópicas, absentismo escolar devido a doença, têm sido descritas no lactente perturbações digestivas, perturbações pós-prandiais em forma de crises paroxísticas, que cessam com a eliminação do tabagismo ambiente.

Segundo Schmitt (2001) no documento “*Your Child’s Health*”, o fumo passivo é proveniente da queima do cigarro, cachimbo ou charuto, e o fumo exalado dos pulmões

de um fumador. Esta mistura contém mais de 4.000 substâncias, 40 das quais são conhecidas por causarem cancro nos humanos ou nos animais e muitas delas são poderosos irritantes. O fumo (involuntário) passivo provém de duas fontes: fumo em “segunda mão” e fumo “lateral”.

- Fumo em “segunda mão” é o fumo exalado pelo fumador.
- Fumo “lateral” é o fumo proveniente da queima do cigarro.

A maior parte do fumo numa sala é proveniente do fumo lateral, o qual contém duas a três vezes mais químicos prejudiciais que o fumo em segunda mão, uma vez que o lateral não passa através do filtro do cigarro. O mais gravoso será, termos uma criança numa sala exposta ao fumo de vários fumadores simultaneamente, pois ela inalará tantos químicos perigosos como se fumasse dez ou mais cigarros.

Cuidados de higiene (banho e cuidados ao coto umbilical, higiene vaginal e cuidados ao períneo).

Dar banho ao bebé, além de se revestir de uma medida higiénica essencial, é também um momento muito importante ao estreitamento de laços afectivos. O ambiente deve estar aquecido, 24 a 25° C, sem correntes de ar, e a temperatura da água não deverá ultrapassar os 37° C. Após despir, colocar o bebé na água, passando um dos seus braços por trás dos ombros do bebé. O banho deve ser iniciado pela limpeza dos olhos, face e só no final se lavam os genitais e área anal (estes devem ser limpos da frente para trás de forma a contrariar a contaminação e infecções urinárias). Retirar o bebé da água, secar cuidadosamente sem esfregar. Colocar óleo de amêndoas doces ou outro creme hidratante, certificado e testado do ponto de vista alérgico, em todo o corpo. As fraldas devem ser mudadas sempre que o bebé tiver uma dejectão, aplicando creme hidratante posterior impedindo a desidratação cutânea.

O coto umbilical, resto do cordão umbilical, ao deixar de receber sangue arterial, mumifica, seca e cai. Sempre que se encontre sujo de urina ou fezes, deve limpar-se com água morna, mantendo-o seco e limpo. Quando o coto tiver caído, de forma a secar mais rapidamente podem fazer-se toques de eosina aquosa a 2%, utilizando cotonetes.

A mãe deve tomar duche diário. Os estudos de Grimley, Annang, Foushee, Bruce e Kendrik (2006) revelaram que o duche vaginal, concretamente a irrigação vaginal, se reveste de um método promotor de infecções vaginais. Assim a zona genital deve ser banhada com água corrente, quase fria e colocar gelo na zona da sutura perineal, se houve, favorecendo a cicatrização. É normal nos primeiros dias haver perdas hemáticas abundantes, e sentir ligeiras contracções uterinas quando o bebé mama, uma vez que a ocitocina produzida pela sucção promove a contractura muscular e consequente involução uterina.

Massagem ao bebé (repouso, relaxamento, cólicas, importância do toque, vinculação e funcionamento fisiológico).

Evidentemente ficará muito concentrada no seu bebé mas também é importante que considere as suas próprias necessidades, porque beneficiarão ambos.

O repouso extra é bom para o seu estado de espírito, ajuda-a a completar a sua recuperação pós-parto e estimula a formação do Leite Materno. Se possível tente dar um passeio a pé, ou faça exercícios de alongamento ou aeróbica. Desta forma reforça a musculatura minorando a possibilidade de apresentar dores musculares. Mime-se e deixe-se mimar. É espantoso como se sentirá muito melhor com um pouco de tempo para si própria.

Os sentidos mais desenvolvidos no recém-nascido são: o olfacto, o tacto e a audição. Os estudos de Figueiredo (2007) concluem que o toque é um dos aspectos importantes no estabelecimento de vinculação afectiva, assim como na regulação dos sistemas

fisiológicos, inclusive o sistema imunitário. Há testemunhos do efeito positivo induzido no comportamento interactivo, bem-estar e ausência de sintomatologia psicológica dos pais.

A massagem do bebé favorece a eliminação e absorção intestinal, provendo a libertação do ar intestinal causador de cólicas deglutido durante a sucção. Favorece ainda o processo de vinculação proporcionando bem-estar. A relação de vinculação define-se então, por os bebés manterem ou estabelecerem a proximidade com uma figura adulta mais capaz de se confrontar com situações de perigo, proporcionando-lhes protecção nos comportamentos de choro, agarrar, seguir, etc, estes comportamentos de vinculação desempenham a função de protecção resultando na proximidade de uma figura específica (Bowlby, 1969/1982; *cit. in* Canavarro 2006).

Estudos efectuados e referidos por Maroco (2003), com recém-nascidos para testar a influência do olfacto no sono e tempo de sesta após serem amamentados pelas mães, deixando uma peça de roupa no berço, revelaram que o factor “roupa da mãe” tem um efeito muito significativo sobre o tempo demorado a adormecer, $p = .004$ e o tempo de sesta, $p = .001$.

Contracepção e relações sexuais no puerpério.

O restabelecimento do relacionamento sexual surge com a recuperação física e emocional. Uma mãe que amamenta exclusivamente, devido aos altos níveis de prolactina, normalmente permanece amenorreica durante alguns meses. Não significa que não possa maturar um folículo, daí ser necessário usar métodos contraceptivos. Os métodos possíveis e aconselhados são: Métodos de barreira como os preservativos ou hormonais progestativos; orais ou implante subcutâneo. A pílula progestativa deve ser

iniciada à 6ª semana pós-parto tomando uma por dia enquanto amamentar. A sua eficácia é estabelecida ao 10º dia pós toma (Ministério da Saúde, 2005).