



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Departamento de Psicologia



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

Departamento de Psicologia e Sociologia (DPS)

**ESTRATÉGIAS DE RELAXAMENTO E SEUS
BENEFÍCIOS**

UMA INVESTIGAÇÃO DURANTE O PERÍODO DE GRAVIDEZ

Mestrado em Psicologia na Especialização em Psicologia da Saúde

Maria Benvinda Nereu Bjorn

Dissertação Orientada por: Professor Doutor Saul Neves de Jesus

FARO 2009

ESTRATÉGIAS DE RELAXAMENTO E SEUS BENEFÍCIOS

Uma Investigação durante o período de gravidez

Dedicatória

Para os meus filhos Susana e Pedro

Que me deram o Sentido da Vida.

Agradecimentos

Aos meus Professores e amigos, Doutora Odete Nunes e Doutor João Hipólito pela confiança que depositaram em mim, sempre presentes nesta viagem de aprendizagem que é a Vida.

Ao meu orientador Professor Doutor Saul Neves de Jesus pelo suporte e disponibilidade em me acompanhar nesta fase ajudando-me a não desistir do meu sonho de conhecimento e investigação.

Ao meu colega e amigo Mestre Matos Luís pelo apoio que sempre me deu, mesmo estando noutra Continente.

Aos meus amigos e colegas, Alexandre, Odete e Fernanda, pelos bons momentos que passámos nesta partilha de conhecimentos.

A todos os professores, funcionários e alunos do Mestrado do Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade do Algarve e da Universidade Autónoma de Lisboa.

À minha amiga Dra. Teresa Ventura pela oportunidade de partilha viagem e aprendizagem em Londres, no *Imperial College of Medicine*.

À Tatiana e Tito Miguel do Centro Pré e Pós Parto, por me aceitarem no seu espaço.

Ao meu marido pela paciência e apoio nesta fase em que fiquei mais afastada da família.

Ao meu Pai Luís Nereu que sempre me incentivou nos estudos. Obrigada

Resumo

Este estudo foi-se desenvolvendo durante alguns anos no decorrer da minha prática clínica, na observação de mulheres grávidas em acompanhamento psicoterapêutico de relaxamento, tendo-se verificado transformações positivas psicofisiológicas por parte das futuras mães e pais relativamente à gravidez maternidade e parentalidade.

É no âmbito deste enquadramento conceptual que a nossa investigação teve como objectivo, dar continuidade a essa observação no sentido de promover evidência científica através de uma estudo quasi-experimental, do tipo plano com grupo de controlo não equivalente, numa amostra de dois grupos de mulheres no momento da gravidez, em que o primeiro Grupo 1 de investigação é submetido ao estímulo de relaxamento, utilizando instrumentos de validação para medição dos estados de ansiedade, depressão e stresse, e o Grupo 2 é apenas de controlo.

Os instrumentos de validação escolhidos foram a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) 21 itens, de Lovibond e Lovibond e avaliação relativa a alterações da tensão sistólica e diastólica e medição da frequência cardíaca. Os resultados foram bastante optimistas na significância da Técnica aplicada, assim esta técnica poderá ser uma ferramenta eficiente na prevenção e intervenção para a Psicologia Positiva de saúde e bem-estar, bem como uma forma de redução de custos para o Serviço Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Relaxamento, gravidez, ansiedade, depressão, stresse

Abstract

During several years of clinical practice I have been working with pregnant women and following their progress accompanying them with psychotherapy and relaxation techniques. I have thus seen positive changes, psychophysiologicaly, in mothers as well as fathers to be as to the parental roles to come.

With this background my research had the objective to follow up the initial observation with a scientific study quasi-experimental sample with a control sample for comparison.

Two groups of pregnant women where chosen, the first group was subject to relaxation techniques the second group not. Both groups were assessed about anxiety, depression and stress.

The chosen validation method was the Lovibond & Lovibond Anxiety, Depression and Stress scale (EDAS) as well as measurement of systolic and diastolic blood pressure and cardiac rhythm.

The results gave positive evidence considering the applied techniques. In statistical terms (non-parametric sampling) the differences are robust and thus implicates the psychotherapeutic relaxation techniques for expectant parents could be an efficient tool as a preventive and Positive Health Psychology issue as well as a potential money saver in public aftercare.

Keywords: Relaxation, pregnancy, anxiety, depression, stress

Índice

Dedicatória	1
Agradecimentos	2
Resumo	3
Abstract	4
Introdução	8
I PARTE – Enquadramento Teórico	
Capítulo I – Família, Gravidez e Vinculação	16
1.1. Evolução do conceito de família	16
1.2. Gravidez e maternidade	19
1.3. Vinculação na gravidez	21
Capítulo II – Conceito de Saúde e Bem-Estar	23
2.1. Antropologia da saúde	23
2.2. Condições que contribuem para a obtenção da saúde	25
2.3. Saúde e stresse	26
2.3.1. Factores desencadeadores de stresse, ansiedade e depressão	26
2.3.2. Factores de resiliência e bem-estar	33
Capítulo III – Relaxamento e Gravidez	37
3.1. Abordagem histórica do relaxamento	37
3.2. Diferentes perspectivas de relaxamento	39

3.2.1. Alguns modelos de intervenção psicoterapêutica	
através do relaxamento.....	39
3.2.2. Posição de Schultz.....	39
3.2.3. Ajuriaguerra.....	41
3.2.3.1. O relaxamento como redução do tónus muscular.....	41
3.2.4. Sapir.....	42
3.2.5. Caycedo.....	43
3.3. O relaxamento na perspectiva humanista.....	44
3.4. O relaxamento na intervenção em psicologia da saúde.....	45
3.5. Efeito de stresse antenatal no desenvolvimento neuroendócrino do feto	
e interacção com estímulo relaxante.....	46
3.5.1. Psicofisiologia do stresse na gravidez.....	49
3.6. Efeitos do relaxamento na gravidez.....	51
3.6.1. Benefícios do relaxamento na mulher grávida.....	52

II Parte – Metodologia e Resultados

Capítulo IV – Metodologia.....	58
4.1. Objectivos da investigação.....	59
4.2. Amostra.....	60
4.3. Hipóteses.....	68
4.4. Procedimentos.....	68
4.5. Instrumentos Utilizados.....	70
4.1.6. Plano de investigação e análise estatística.....	75

Capítulo V – Apresentação de Resultados	79
Capítulo VI – Discussão	95
Capítulo VII – Conclusões	100
Referências Bibliográficas	103
Índice de Anexos	
Anexo I – EADS 21	112
Anexo II – Dados Demográficos	113
Anexo III – Programa de Relaxamento para Grávidas	114
Anexo IV – Assinatura de Protocolo com a Grávida	120
Anexo V – Monitor de medição de tensão e frequência cardíaca	121

Introdução

Este trabalho tem como objectivo a observação clínica de quadros ansiosos de stresse e depressão em mulheres grávidas que através das técnicas de relaxamento beneficiam de maior bem-estar durante o período da gravidez, trabalho de parto e pós-parto.

Com o prolongamento da esperança de vida da população mundial, o tema da interligação entre os cuidados de saúde e qualidade de vida está cada vez mais actual.

A gravidez considerada como um estado natural e encarada de uma forma positiva e de entendimento, vai permitir que a futura mãe possa desempenhar o seu papel na sociedade de uma forma funcional até ao momento do parto e pós parto.

A complexidade do mundo em que hoje vivemos, a rapidez da mudança, nem sempre acompanhada da respectiva adaptação sociopsicológica promove dificuldades em lidar com as novas realidades, na situação de gravidez a mulher sente mais profundamente este cenário, que passa pelo primeiro impacto de alegria, “vou ter um bebé”, depois os três primeiros meses são em alguns casos de grande desconforto, enjoos, sonolência, aumento ou redução do apetite, mudanças do estado do humor, maior preocupação a qualquer sinal físico, seja uma leve constipação, ou perda sanguínea. Nesta fase a curva é descendente e a grávida recupera o seu bem-estar do quarto ao sexto mês, em que vai coleccionando ecografias pélvicas e já na perspectiva do enxoval, da decoração do quarto do bebé, que passa a ser o centro de planeamento e vivência do casal e da família. Esta curva ascendente volta a baixar a partir do sétimo mês em que cada dia e cada semana, o peso do corpo e as mudanças físicas da futura mãe a colocam em estados de interrogação, “será que voltarei a ter a minha cintura fina, e o meu corpo atraente?”, “será que estarei apta a cuidar do meu filho?”. O bebé é agora um peso e a aproximação do parto cria níveis de ansiedade elevados e baixa de auto-estima, face ao espaço que o corpo da futura mãe e bebé ocupam, a forma como tem que se colocar para dormir, o sentir as pernas pesadas, o peito desenvolvido e preparado para a amamentação.

Estas são realidades com as quais a pessoa tem que viver e adaptar-se a ambientes competitivos, onde ainda impera o conceito de vencer. E vencer, é para os mais fortes e mais aptos.

É neste ambiente tido por adverso que cada vez mais a saúde mental é hoje uma preocupação para os técnicos de saúde na sua generalidade e particularmente para aqueles que lidam directamente com este tipo de temática.

A abordagem a questões como saúde mental, pode ser observada, articulada, intervencionada nos aspectos saudáveis do ser humano, como felicidade, optimismo, altruísmo, esperança, alegria e satisfação. A Psicologia Positiva propõe e procura o bem-estar e a qualidade de vida, é neste contexto, o nosso estudo propõe, utilizar técnicas de relaxamento como um meio de evitar a doença e mal-estar motivada por situações de distresse numa situação natural que é a gravidez e maternidade.

A mulher durante o período da gravidez, passa por profundas transformações em tempo limitado (como já referido), quer no âmbito corporal como no emocional e estas mudanças estão intimamente relacionadas, gerando inúmeras necessidades. A preparação da mulher e de sua família para uma vivência plena da gravidez, repercute directamente no momento do parto que totalizam um número de questões não só biológicas, como também sociais, psicológicas e culturais, levando à procura constante de uma rede social que satisfaça as necessidades que gerem o suporte para este período de suas vidas.

Na prática clínica encontramos algumas das transformações vivenciais das futuras mães, em relação à auto-estima, aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece com o seu corpo.

Nos vários *workshops* organizados para mães e pais, quer em Hospitais Civis, quer em Centros de Preparação Pré e Pós Parto, para a sensibilização à aplicação das técnicas de relaxamento notámos que quanto mais oportunidades de falar sobre a percepção que vai tendo das suas modificações – físicas, humor, relação com o companheiro e familiares, aumenta de maneira satisfatória a sua relação com esta nova condição.

Independentemente do apoio dado individualmente a cada grávida em sessão de relaxamento, os grupos que se formaram visavam favorecer a formação de um espaço colectivo onde as mulheres grávidas, tivessem a oportunidade de partilhar as suas vivências, privilegiando a transmissão de informações e troca de experiências. “A socialização dos seres humanos começa desde a infância e já nesse momento a rede de relacionamentos que a criança vai construindo à sua volta é importante para o desenvolvimento da identidade individual e colectiva” (Winnicott, 1971, 2005).

Em relação ao acompanhamento das mulheres grávidas nos serviços de saúde, constatámos que se queixam da falta de atendimento humanizado, nas consultas pré-natal, longas filas de espera para marcação das mesmas, demora nas salas de espera, a falta de camas e obstetras para assistir aos partos em hospitais civis. É também referido pelas grávidas que muitas vezes o parto é atrasado, pedindo-lhes que voltem para suas casas, mesmo já em estado de contracções para a expulsão.

Criar as condições para que futuras mães e pais possam ter o conhecimento e acesso à humanização do parto, à vinculação com o futuro bebé, não permitindo que seja o parto tratado como uma abordagem de criação em série, onde as mães são atendidas em Hospitais que por vezes as tratam como veículos que vão estacionar para fazer uma entrega, é um dos nossos objectivos neste trabalho.

Esta reflexão insere-se também no estudo que está a ser feito em vários hospitais em Inglaterra entre outros e que começa a ser abordado pelos técnicos de Saúde Pública e Privada em Portugal.

Também o desenvolvimento da parentalidade, surge quando a gravidez é desejada, mas mesmo neste contexto existem momentos de ambivalência, insegurança.

Gorden, (1977, p. 88) refere que “na sociedade esquecemos em geral o facto de um grande número de indivíduos, num momento ou noutro, ser levado a dirigir um grupo pequeno ou grande. Por exemplo a maior parte das pessoas torna-se pai ou mãe; na relação com os seus filhos são

confrontados com o problema da autoridade.” “...Se o trabalho de dirigir se transforma em experiência negativa, quase sempre é preciso procurar a causa na ineficácia do próprio dirigente.”

Ser mãe/pai produz um sentimento de responsabilidade antecipada e exige por parte dos técnicos de saúde a informação e apoio às populações mais carenciadas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (1995), “a pobreza extrema é a maior causa de problemas de saúde e de sofrimento em todo o planeta, e em conjunto com a desigualdade económica, ela é responsável por mais problemas físicos e de saúde mental.”

Neste sentido, urge implementar a intervenção dos técnicos de saúde mental junto das populações, na prática de técnicas para gestão do stresse, que passem pela psicologia positiva e estilos de vida saudáveis. Sendo a aplicação de técnicas de relaxamento neste caso um reforço à homeostase, diminuindo estados de angústia e emotividade proporcionando uma melhor unificação dos elementos do organismo.

Praticando o relaxamento, aprende-se a lidar com o medo e a encarar a vida com entusiasmo e humor. A prática do relaxamento ajuda a utilizar o stresse de uma forma positiva, que na gravidez se manifesta de uma forma evidente, proporcionando à mãe e ao seu filho(a), um estímulo de bem-estar físico e psicológico, numa interacção com o corpo do bebé no útero materno e o corpo da mãe que lhe transmite sensações de calma, saúde, e harmonia.

O nosso sistema nervoso é muito semelhante ao “sistema telefónico”. As mensagens entram e saem através de cabos que ligam os comandos. A grande diferença entre estes sistemas é que o telefone transmite mensagens, enquanto que a principal função do sistema nervoso é interpretar as mensagens e determinar o que se passa dentro do corpo humano como resultado dessa mensagem.

Receptores cerebrais guardam as mensagens recebidas que são depois armazenadas. Estes transmissores enviam comandos para os efectores que tal como o nome indica, recebe os comandos e implementa-os de acordo com a resposta muscular e órgãos do corpo.

Os impulsos que são transmitidos pelo sistema nervoso são voluntários e involuntários, por exemplo uma resposta voluntária pode fazer com que mudemos a página de um livro, ou que abramos uma porta.

As respostas involuntárias que são o que nós vamos tratar aqui, fazem-nos piscar os olhos, respirar. Estas são as respostas que podem afectar o nosso estado de saúde e são as que estão ligadas à gravidez.

O papel do sistema nervoso simpático a que chamamos “sala de emergência”, é colocar o corpo em alerta. É criada a resposta de confronto ou fuga. As pupilas dilatam, a batida cardíaca aumenta, e prepara o corpo para enfrentar situações de perigo, aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos que necessitam de protecção, suspende actividades como a digestão (não é por acaso que em situações de trabalho de parto a mãe deverá ter o estômago vazio).

O sistema simpático é como um dia chuvoso, mas existe como um sistema de sobrevivência e mecanismo de defesa, e porque nos faz falta deveríamos utilizá-lo 2% a 5% durante a nossa existência.

O sistema parassimpático a que damos o nome de “sala de relaxamento” é desenhado para manter o corpo e a mente em harmonia e equilíbrio. Mantém as funções orgânicas no estado de calma, baixando a batida cardíaca, reduzindo a estimulação, reduzindo o curto-circuito de *neuropeptides* não necessárias, criando endorfinas e controlando a segregação de adrenalina. Deveríamos viver 95 a 98% das nossas vidas na “sala de relaxamento”, restaurando e mantendo as funções do corpo num estado normal.

Vejam os que se passa quando passamos demasiado tempo na chamada “sala de emergência” que designaremos de stresse. Quando uma pessoa despense demasiado tempo em dias nublados e chuvosos, o corpo está em constante stresse e o equilíbrio químico do organismo fica comprometido. A energia corporal desaparece e quando colocamos toda a nossa energia na “sala de emergência”, o corpo começa a usar a energia que foi armazenada na “sala de relaxamento”. Na

impossibilidade de encontrara a energia necessária, os químicos do nosso corpo ficam em desequilíbrio e o sistema imunitário baixa, o que promove situações de doença.

Desde muito jovens que as meninas começam a receber informação de suas mães e avós sobre a situação de “dar à luz” e normalmente a mensagem que passa é de grande sofrimento – mensagem recebida – “uma dor que quando disseres aí que eu morro, a criança nasce”. Assim, a futura mulher/mãe ao invés de ser programada para escutar os sinais do seu corpo no momento do parto, é programada para o medo e a dor. Quando engravida as mensagens soam num tom ainda mais elevado e assustador e assim ela passa mais e mais tempo na “sala de emergência” enquanto o medo aumenta. De acordo com as leis da mente, para cada pensamento de medo corresponde uma resposta química e fisiológica no corpo.

Como o útero não está designado como um órgão de defesa, quando o medo aumenta, as hormonas – catecolaminas – são segregadas para a corrente sanguínea direccionada os músculos normalmente ligados ao sistema de defesa “confronto/fuga” e assim o útero fica privado de oxigenação pela corrente sanguínea essencial a que trabalhe eficazmente e ao invés de trabalhar em harmonia, os músculos superiores e inferiores do útero constingem-se criando dor.

Através de um plano de educação para a maternidade, e através das técnicas de vinculação pré-natal a relação afectiva mãe bebé começa a formar-se durante a gravidez.

A sessão de estímulo da comunicação intra-uterina, passa pelo relaxamento progressivo do corpo da mãe, segmento por segmento, criando a noção de esquema corporal externo em que está presente o contentor e o esquema corporal interior, o conteúdo que na abordagem implícita é o bebé.

No trabalho clínico com grávidas, a experiência mostra-nos, que esta técnica adaptada à visualização, pela comunicação verbal e programação positiva de saúde e bem-estar, permite ter um parto mais humanizado e crianças com um quadro intrínseco de saúde e qualidade de vida.

O trabalho do técnico de saúde mental, no acompanhamento da gravidez, é sobretudo dar formação e informação aos pais, ajudando ao desenvolvimento de pessoas em maior harmonia com as mudanças que a natureza nos proporciona e que nos ajudam a crescer e SER.

“As atitudes que conduzem à mudança, ao crescimento e a melhores relacionamentos não são misteriosas, embora possam ser difíceis de ser alcançadas” (Rogers, 1979, p. 159).

Este trabalho de investigação, constitui-se em duas grandes partes.

Uma primeira parte, sobre o enquadramento teórico e revisão da bibliografia iniciando-se com um capítulo dedicado à Família, Gravidez e Vinculação, onde se abordam estes conceitos e a sua evolução e qual o papel da mulher neste âmbito enquanto elemento privilegiado na relação mãe bebé. Segue-se um segundo capítulo que aborda o Conceito de Saúde e Bem-Estar com enfoque na antropologia da saúde, e condições que promovam qualidade de vida, um estudo sobre os factores de stresse, e as formas de o vivenciar, como factores de *coping* e resiliência. Num terceiro capítulo fala-se sobre o Relaxamento e Gravidez e quais os efeitos deste na gravidez, assim como o relaxamento, nas suas diferentes abordagens, na intervenção em Psicologia da Saúde.

Numa segunda parte abordam-se as questões metodológicas que levaram à construção do presente trabalho, os métodos e as técnicas, o problema, e as perguntas de investigação assim como as hipóteses levantadas. Incluímos o instrumento de recolha de dados, a sua descrição e quais os procedimentos a respeitar, bem como a ferramenta informática para tratamento dos dados. Inclui-se a descrição da população e amostras, apresentam-se os resultados obtidos após o seu tratamento estatístico, a sua discussão, as conclusões e propostas.

I PARTE

Enquadramento Teórico

Capítulo I – Família, Gravidez e Vinculação

1.1. Evolução do Conceito de Família

Na reflexão sobre os estudos de Silva (2001), podemos concluir que:

A Evolução Histórica do Conceito de Família, refere que durante a industrialização e a urbanização do século XVIII, a classe burguesa retirou as mulheres para a vida familiar, modelo que viria a ser seguido pelas mulheres operárias em meados do século XX. Porém esse modelo não fora seguido durante muito tempo. A ocorrência da Guerra também exigiu maior mão-de-obra por parte das mulheres e tornou as empresas mais flexíveis à sua aceitação no mercado de trabalho. De certa maneira, a entrada da mulher no mercado de trabalho veio aumentar as condições de vida e possibilitou melhores condições no investimento da instrução das gerações mais jovens.

Esta tendência tornou-se generalizada e veio a constituir uma recusa geral da mulher relativamente ao único papel que lhe era confiado, o de esposa-mãe. O aumento desta situação diminuiu significativamente o número de mortalidade infantil e diminuiu cada vez mais o peso que era atribuído à mulher na circunscrição do cuidado do lar e dos filhos.

A década de sessenta demarca uma fase significativa na medida em que há uma forte emancipação da mulher no mercado de trabalho, ocupando as mulheres, neste momento, lugares profissionais ao lado dos homens. Desta maneira, a supremacia do homem no interior do lar foi perdendo de forma gradual a ênfase com que era mantido.

No caso português, à mulher só foi considerado como tendo plena igualdade perante os homens a partir de 1978, pois até então o regime Salazarista mantinha funções matrimoniais relativamente à mulher/mãe muito restritas no seio da família. Grande parte das leis foram revogadas, pois a maior parte delas ainda pertenciam ao Código Civil de 1967 em que, o marido era o chefe de família e a ele competia decidir em relação à vida conjugal e aos filhos. Não só havia restrições da mulher ao nível familiar e profissional como também eleitoral. Na legislação de 1913

dizia explicitamente que só os cidadãos do sexo masculino é que poderiam votar. Só em 1974 é que lei do direito de voto expressamente atribuída aos homens viria a ser anulada.

Com a evolução das mentalidades do novo papel da mulher e conseqüentemente, da mudança social da família, a maior crítica era atribuída à responsabilidade da transmissão da diferenciação dos papéis sexuais para as novas gerações, ou seja, um modelo de segregação baseada no sexo.

A mudança das atitudes e valores da diferenciação dos papéis sexuais e familiares fez-se de uma forma lenta. A par e passo, o desenvolvimento da tecnologia também possibilitou melhores condições de vida e um aumento do estatuto da mulher. Os electrodomésticos, o pronto-a-vestir industrial e os alimentos pré-cozinhados permitiram uma redução das responsabilidades parentais, que outrora era restrito à mulher e actualmente, nas gerações mais novas, se tem tornado cada vez mais partilhadas entre o casal.

Apesar destes avanços, a mulher ocidental continua nos dias de hoje a ser a principal responsável da vida no lar, a desempenhar as principais tarefas domésticas e a cuidar dos filhos até entrarem na escola. Ou seja, as mulheres estão mais sobrecarregadas do que os homens quando se compatibiliza o trabalho dentro e fora de casa.

Actualmente, acentua-se a diminuição das taxas da fecundidade e a diminuição do número de casamentos, crescendo por sua vez, aquilo que se entende por núcleos familiares (pais ou mães separados ou afastados que vivem com as suas crianças), e diminuindo por sua vez, o número de pessoas por família. A par destas transformações, o divórcio possui cada vez mais ênfase e a anterior concepção da família ligada ao casamento como a principal base de felicidade, deixou de ter sentido para dar lugar a uma liberalização dos interesses e da felicidade pessoais.

Segundo Nave e Jesus (2007, p. 151), “Uma família competente é uma família em funcionamento”(…).

Referem (Nave, Jesus, Barraca, & Parreira, 2006 p. 152), “sabemos hoje que a satisfação familiar é, enquanto constructo complexo, um importante índice de bem-estar, de desenvolvimento familiar e individual no contexto interno e externo do espectro cultural onde se insere”.

A família constitui a primeira forma de socialização do indivíduo e relaciona-se com a organização e funcionamento da sociedade em geral. A família funciona como a primeira instituição social que regula as relações entre as pessoas e destas com as demais. Deste modo, a família representa uma importante peça para a integração social.

A teoria Freudiana (anos trinta) e a teoria de Talcott Parsons (anos cinquenta) impulsionam a função integradora da família. Por um lado, a teoria freudiana perspectivou a vida psicológica das pessoas e transmitiu à mulher uma responsabilidade afectiva que se coaduna com a satisfação emocional da vida do casal e na relação triangular (pai-mãe-bebé) com as crianças. Por outro lado, de um ponto de vista sociológico, Parsons (1970) ao estar interessado no funcionamento social, atribuiu à família duas funções essenciais: a estabilização emocional dos adultos e a socialização das crianças, isto é, a transmissão para as crianças da cultura e dos valores em que nasceram.

Na história ocidental do final do século XIX e inícios do século XX, houve um reforço da ideia da noção de família-instituição perpetrada pelas teorias de Freud e Parsons, de que existe uma finalidade económica (transmissão de património e divisão do trabalho), um autoritarismo no funcionamento doméstico e a submissão às regras sociais de comportamento doméstico. A estas noções está agregada a ideia de que, à mulher compete especificamente o cuidado do lar e dos filhos e de manter um clima afectivo integrador dos seus membros. Ao homem, por outro lado, compete o papel do sustento do lar, o passo para a sociedade exterior ao mesmo tempo que exerce no interior da família a autoridade racional, que é modelo da sociedade exterior. O pai tem um emprego, cujo salário entrega à mãe para a gestão do sustento e da integração afectiva do lar. Durante a infância até à adolescência, os filhos mantêm com a mãe laços afectivos mais fortes do que com o pai, sendo responsável pela sua educação e acompanhamento. Por outro lado, o pai é representativo da

normatividade social e o impulsionador para as novas gerações futuras. Segundo estas teorias, as características do homem/pai opõem-se à da mulher/mãe na sua natureza, mas as suas funções familiares são exemplo de uma família íntegra e representativa da sociedade aceite.

Para Rossi (citado por Reeder, Martin, & Koniak, 1995), no seu estudo para a paternidade, a paternidade e a maternidade deveriam ser consideradas como etapas de transição de papéis no contexto do ciclo vital da família, tendo como referência conceptual os trabalhos de Erikson (1950) e Bennedeck (1959), onde a gravidez é entendida como mais uma etapa do desenvolvimento com tarefas próprias e adequadas a essa fase do ciclo.

Relvas (1996, p. 81) evidencia que um dos aspectos relevantes nesta fase é a consciencialização para a aprendizagem do estatuto de parentalidade, passando esta pelo “jogo ao nível do desejo, do imaginário, da expectativa...sobre o que é ser pai, sobre o que é ter um filho, sobre o que será esse filho, sobre o que ele poderá dar ou tirar ao casal e à família”.

1.2. Gravidez e maternidade

A gravidez tem como função a perpetuação da espécie, a natureza comanda essa necessidade e em todos os seres vivos se verifica o movimento de reprodução como forma de dar continuidade à vida no Planeta Terra.

Na evolução das espécies verifica-se que são os seres humanos os únicos que a partir do século XX adquiriram fórmulas de controlo e planeamento da gravidez, o que promove situações positivas no sentido de uma melhor conjuntura do casal para receber um novo membro no seio da família, mas por outro lado a Organização Mundial de Saúde, procura que este controlo não seja demasiado invasivo no sentido em que nos meios urbanos se verifica um decréscimo de nascimentos e um aumento da Interrupção Voluntária da Gravidez. Esta é uma temática controversa e polémica que abrange sobretudo as sociedades ditas desenvolvidas.

Apesar da informação disponível aos cidadãos sobre a sexualidade, concepção e parto, verifica-se que muitas mulheres tem um grande desejo de ter um filho, outras o horror de engravidar sendo que perante a realidade de uma suspeita de gravidez podem criar estados psicológicos controversos, assim a consulta pré-natal é obrigatória em consciência para toda a mulher grávida, porque desta forma podem ser tomadas medidas sob controlo médico, no sentido de evitar complicações durante a gravidez, parto e puerpério, bem como na vida do feto e da criança.

Segundo Canavarro (2006, p. 19), “A gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto. Mais do que acontecimentos e embora com durações temporais diferentes, gravidez e maternidade são processos. Do ponto de vista psicológico são processos de construção e desenvolvimento”. Refere ainda a autora que “a gravidez é um processo que corresponde a um período, que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas. A maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez, um projecto para a vida”.

Mais ou menos consciente a parentalidade é a necessidade intrínseca de dar continuidade à nossa fórmula genética, cultural e biológica, e sentido à existência humana, numa abordagem mais existencialista, ser a metamorfose e a continuação da vida através dos nossos descendentes. O que se torna positivo na mudança de comportamento do casal face à gravidez e maternidade é uma maior interacção entre mãe/pai e bebé. Hoje referimos o casal como “grávidos”. Não que o papel do homem seja mais passivo, mas porque a igualdade dos pares perante o seu desempenho na sociedade criou uma maior cumplicidade na partilha de tarefas que se estendem ao momento da gravidez, parto e maternidade.

Para Sá (2008, p. 18), “...talvez devamos tomar a maternidade como procriação e como recriação, em que duas pessoas deixem de parecer clonadas num mesmo silêncio, passando a transparecer a vida que se troca, à qual, em rigor, talvez possamos chamar vivacidade. Então, o século XX ter-nos-á permitido perceber que talvez a primeira função de uma pessoa seja ser mãe,

menos filhos e melhores pais, trarão mais probabilidades de levar as pessoas à maternidade, disso dependendo a melhor qualidade de vida das famílias...

1.3. Vinculação na gravidez

A origem do termo “vinculação”, data do século XIII. O sentido etimologicamente, vem do verbo “vincular” era “estar ligado ou acomodado a um posto”. Foi o escritor e filósofo francês Rousseau que no século XVIII, segundo Goulet et al. (1998, p. 25) o primeiro a usar o conceito de vinculação, referindo-se ao relacionamento entre mãe e filho evidenciando, nos seus escritos sobre este assunto a preocupação com o amor materno.

Segundo Ainsworth (1967, 1978), a teoria da vinculação considera a qualidade das relações de vinculação, depende das interações entre mãe-criança.

Para Bowlby (1985), a relação do bebê com a mãe era perspectivada como sendo mais do que a mera satisfação de necessidades fisiológicas, defendendo que a componente oral desempenha um papel preponderante ao estabelecimento desta relação.

Os autores Klaus e Kennell (1993) introduziram o termo *bonding* em 1976 para referirem uma relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebê, enfatizando os primeiros contactos nos momentos imediatos ao nascimento. Segundo Verny (1993, p. 73), “...o sistema de elos intra-uterinos do ser humano é pelo menos tão complexo, gradativo e subtil como aqueles que se estabelecem após o nascimento”.

O processo de vinculação durante a gravidez, de acordo com Brazelton e B. Cramer (2004), “possui três fases importantes associadas ao desenvolvimento físico do feto, as quais correspondem aos três trimestres de gestação”. A primeira fase, aceitação da notícia, a criança imaginada, o sentido crescente da responsabilidade que requeridos na gestação e no cuidado cria um sentimento de alegria e esperança. Na segunda fase que ocorre ao 5º mês de gestação, o contacto com o movimento de

outro ser promove de acordo com o reconhecimento do feto como um ser diferente da mãe e a noção de que terá que fazer a despedida da “barriga”, nesta fase aumentam as dúvidas e angústias da mãe, que apresenta a preocupação de que o seu filho seja saudável e o parto bem sucedido.

Segundo Brazelton e B. Cramer (2004), a “terceira fase ocorre nos últimos três meses de gestação”, é característicos os pais perspectivarem o futuro filho como um indivíduo real, tendo o feto um papel imprescindível para a sua própria individualização, através dos seus movimentos, ritmos e níveis de actividade intra-uterina. “Quanto mais os pais se convencem de que o bebé que vai nascer é um indivíduo capaz e interactivo, mais confiam na sua capacidade para sobreviver ao trabalho de parto e ao nascimento” (Brazelton & B. Cramer, 2004, p. 43).

Goulet et al. (1998), defendem que “uma gravidez não planeada e um bebé não desejado podem comprometer a vinculação mãe-criança”.

Referindo os estudos de Verny e Kelly, (1993), identificam a existência de três canais de comunicação existentes entre mãe e bebé durante a gestação. Primeiro começa pela comunicação fisiológica, através da passagem do alimento pelo cordão umbilical; seguindo-se a comunicação comportamental onde o feto se pode manifestar através de movimentos, desconforto, medo, ansiedade, e por fim a sensação física e emocional de prazer e bem-estar, nesta última fase o bebé transmite essa sensação quer pelo contacto da mãe mas também pelo contacto e vocalização do pai.

De acordo com CIRDH *Centro Internacional de Investigación Y Desarrollo de la Haptonomia* (2007), citado por Silva & Lopes, (2008 p. 44), “a haptonomia aplicada à obstetrícia, surgiu como uma proposta aos pais com o objectivo de manterem o contacto pré-natal com o feto, criando condições favoráveis para o desenvolvimento recíproco de ligação mãe pai bebé durante a gravidez, sendo esta a base da tríade”.¹

¹ Na minha prática clínica verifico que o bebé após o nascimento, sorri ao escutar a minha voz e muitas vezes a mãe coloca o CD de relaxamento para o acalmar.

Capítulo II – Conceito de Saúde e Bem-Estar

2.1. Antropologia da saúde

Na Antropologia, Marcel Mauss, (sociólogo e antropólogo, francês), considerado o pai da etnologia francesa, deixou uma lição importante. Enfatizou o quanto a actividade do pensamento colectivo é mais simbólica do que a do pensamento individual e as condutas individuais não são apenas simbólicas adquirindo sentido em relação a uma determinada sociedade. Admite que as representações colectivas podem adoptar formas concretas ou abstractas. No estudo sobre a magia, uma das primeiras expressões das representações colectivas o autor chamava a atenção para a sua composição: os agentes, actos e representações, referindo que o mago é o indivíduo que conduz a magia, mesmo que não seja um profissional. As representações mágicas são as ideias e crenças que correspondem aos actos mágicos e os rituais, que definem os elementos da magia distintos de outras práticas sociais, sendo que as técnicas podem ou não ser acompanhadas da magia (Mauss, 1971). A Sociologia seria assim, uma ciência distinta, da Psicologia, cujos objectos são, as representações individuais, enquanto que na ciência social os objectos são as representações colectivas de carácter autónomo e inconsciente para o indivíduo que a possui. Tendo em consideração que o enfoque principal é o desempenho, através das quais “tribos” e “grupos” se organizam para implementar situações de poder como, sinais exteriores de riqueza, englobando, festas, comidas, mulheres, crianças, entre outros.

As prestações totais agonísticas acontecem quando um chefe ou grupo entra em competição com outro, sobre a questão de quem pode dar mais. Dar, receber e retribuir são, para Mauss (1971), três momentos distintos cuja diferença é fundamental para a constituição e manutenção das relações sociais. A dádiva desenvolve uma mistura entre amizade e conflito, interesse e desinteresse,

obrigação e liberdade. Juntando os bens materiais e pessoas que se presenteiam, as coisas e os espíritos.

Ainda anos noventa, surgem por parte de alguns investigadores, como, Alves e Rabelo (1998), entre outros, estudos relacionados com a Antropologia baseados na interacção do homem no seu contexto sócio-cultural, na forma como lida consigo próprio com o mundo com o seu corpo e com a sua psique. Estas investigações desenvolverem no campo das Ciências Sociais o estudo de questões de saúde pública/colectiva, olhando a pessoa, o corpo e a doença.

Desta pesquisa surgiu o tema saúde/doença, dando ênfase à construção do indivíduo, do corpo e dos sentimentos ligador aos distúrbios da saúde.

A Antropologia da Saúde propõe deste modo uma nova maneira de pensar e agir em relação ao corpo, à cultura e individualidade de cada ser humano, consubstanciada na teoria da complexidade do filósofo francês Edgar Morin (1981).

Da observação dos vários estudos internacionais sobre representações de saúde e doença, Adam e Herzlich (1994), apontam que, na interpretação dos fenómenos orgânicos, das pessoas que se apoiam em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas, conforme os grupos sociais a que pertencem.

Queiroz (2000) reflectiu sobre as diferentes perspectivas sociológicas e antropológicas, no estudo das doenças endémicas, referindo os estudos de Moscovici e de Schultz, como um tipo de saber socialmente organizado, contido no senso comum e na dimensão quotidiana, que permite ao indivíduo uma visão do mundo e o orienta nos projectos de acção e nas estratégias que desenvolve no seu meio.

Cada sociedade assimila as encenações do corpo e da doença de maneira própria tendo em consideração os aspectos sócio-culturais da população observada em contexto biomédico, assim sendo o papel da antropologia da saúde, é tratar a doença, superando os limites biológicos do corpo e as explicações biomédicas do homem.

2.2. Condições que contribuem para a obtenção da saúde

As condições de vida diferem de cada projecto pessoal numa rede de elementos com os quais o indivíduo interage, sejam eles família, amigos, colegas, patrões empregados, alunos ou professores, esta rede modifica-se ao longo da vida, através de reorganizações e adaptações, resultantes do desenvolvimento do indivíduo. Este tipo de reorganização vai modelar a capacidade de coexistência com a mudança, dependendo do ponto de vista estrutural da pessoa, no sentido de encontrar dentro de si os mecanismos que lhe permitam coexistir de uma forma positiva e de esperança.

O suporte social é neste aspecto importante para a garantia de que a família se sinta inserida num espaço de segurança, física e psicológica.

A satisfação com a vida, o “estar de bem com a vida”, como se diz frequentemente, tem ligação a um suporte de informação e educação pessoal e colectiva onde o indivíduo possa em conjunto com a afectividade positiva e negativa que constituem indicadores distintos, mas complementares, encontrar o seu lugar a sua identidade, com optimismo, sem ser manipulado ou influenciado por padrões mecanicistas e de marketing que ponham em risco a sua saúde física e psicológica. Damos como exemplo que é frequente nos anúncios televisivos, aparecerem induções ao consumo de alimentos nocivos à saúde e logo de seguida um *spot* publicitário que recomenda o medicamento mágico para emagrecer. Este tipo de controlo da mente humana, pode muitas das vezes ser um factor negativo para o bem-estar e qualidade de vida, sobretudo se o indivíduo é influenciável e pouco esclarecido, sobre a necessidade de promover a saúde através do exercício físico, alimentação adequada e momentos de lazer.

2.3. Saúde e stresse

2.3.1. Factores desencadeadores de stresse, ansiedade e depressão

A primeira definição formal de stresse foi introduzida em 1956 pelo fisiologista canadiano, Hans Selye. Os seus trabalhos foram baseados nas formulações de Cannon (1914), relativamente às reacções somáticas do animal em situação de fuga ou ataque, a sua relação com a adrenalina desenvolvida e a noção de homeostase. O stresse é a resposta psicofisiológica face a situações que requerem esforços excessivos, sobrecarga laboral, pressões e adaptações externas e internas que exigem estímulos emocionais e auto-controlo e neste âmbito Selye formula a “Síndrome Geral de Adaptação”, constituído por três fases: alarme, adaptação ou resistência e esgotamento ou descompensação.

Segundo Baptista (2009, p. 62) “o ponto importante a reter é que o pensamento altera o funcionamento do corpo e, dependendo das circunstâncias, as alterações somáticas podem ser ligeiras, mas também podem ser letais...o termo stresse é, habitualmente utilizado tanto na linguagem científica como na do dia-a-dia para descrever este tipo de situações. É um rótulo utilizado para as respostas cognitivas, fisiológicas e emocionais a situações novas, ameaçadoras, a eventos intensos que exigem uma resposta energética ou que ultrapassam a capacidade para lidar com eles”.

Nas últimas décadas os avanços tecnológicos determinaram mudanças radicais a todos os níveis das sociedades avançadas. O sujeito para se ajustar a mudanças de tal magnitude, requer capacidade de adaptação física, mental e social. O que observamos é que o desenvolvimento tecnológico, não foi absorvido à mesma velocidade em termos psico-emocionais, dado que a capacidade adaptativa à mudança está ainda distante do ritmo intenso das modificações com as quais o sujeito se confronta, o que provoca situações de conflito, desequilíbrio e sofrimento psicossomático, resultante de uma vivência desconectada.

Referindo o Relatório Anual do Ministério da Saúde Americano (1999), Cruz (2007, p. 164) escreve: “A bem sucedida realização das funções mentais, conducente a actividades produtivas, relações interpessoais bem sucedidas, capacidade de adaptação à mudança e capacidade de lidar com a adversidade; desde a infância ao fim da vida, favorece as capacidades de pensamento e comunicação, de aprendizagem, de crescimento emocional, de resiliência e de auto-estima”.

Segundo Serra (1999), as situações de stresse provocam reacções intensas no organismo, através do centro coordenador que analisa a informação através dos sentidos (SNC), sistema nervoso central, que permitem especificar mecanismos neuropsicológicos plausíveis para três grandes etapas:

1. O processo de avaliação primária
2. As emoções subjacentes
3. As respostas fisiológicas subseqüentes, bem como a sua modelação passam pelos processos de *coping*.

Todas as pessoas uma vez ou outra experienciam sensações de ansiedade, um sentimento desconfortável de apreensão, normalmente acompanhado de sintomas físicos como, dor de cabeça, transpiração, peso no peito, desconforto digestivo, impaciência, incapacidade de ficar sentado ou parado por muito tempo.

Estes sintomas variam de pessoa para pessoa., mas a ansiedade é um sinal de alerta, um aviso que promove o evitar situações que ponham em risco a vida da pessoa e dos seus. O medo associado funciona como um mecanismo de defesa a situações conhecidas de perigo ou percebidas, conflitos internos ou externos.

Os sintomas da ansiedade têm dois componentes. A pessoa dá-se conta de sensações físicas como; palpitações, suores, batida cardíaca rápida, hiperventilação e sensações psicológicas tais como: medo, evitação de situações, pessoas ou locais. A acrescentar a estes sintomas, verificam-se

efeitos viscerais que afectam o pensamento, a percepção e aprendizagem, tendencialmente produzindo estados confusionais da percepção em tempo e espaço, mas também de pessoas e significado de acontecimentos.

A ansiedade como psicopatologia pode levar o indivíduo a estados agravados, associados a crises de pânico e fobias.

A depressão entra na categoria das perturbações do humor que podem passar de estados de euforia a estados de apatia, tristeza, desmotivação, baixa auto-estima entre outros (Kaplan & Sadock's, 1998).

Os especialistas acreditam agora que é o aumento rápido de hormonas no início da gravidez, que pode provocar e revelar depressões, devido à sua inferência na química e funcionamento cerebral.

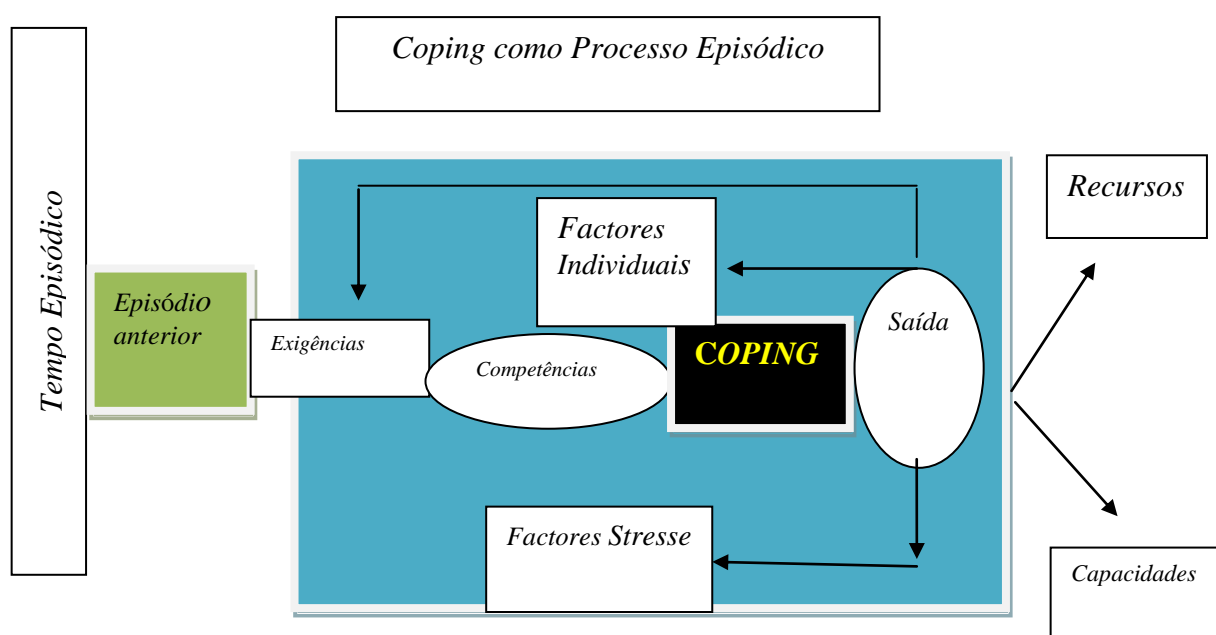
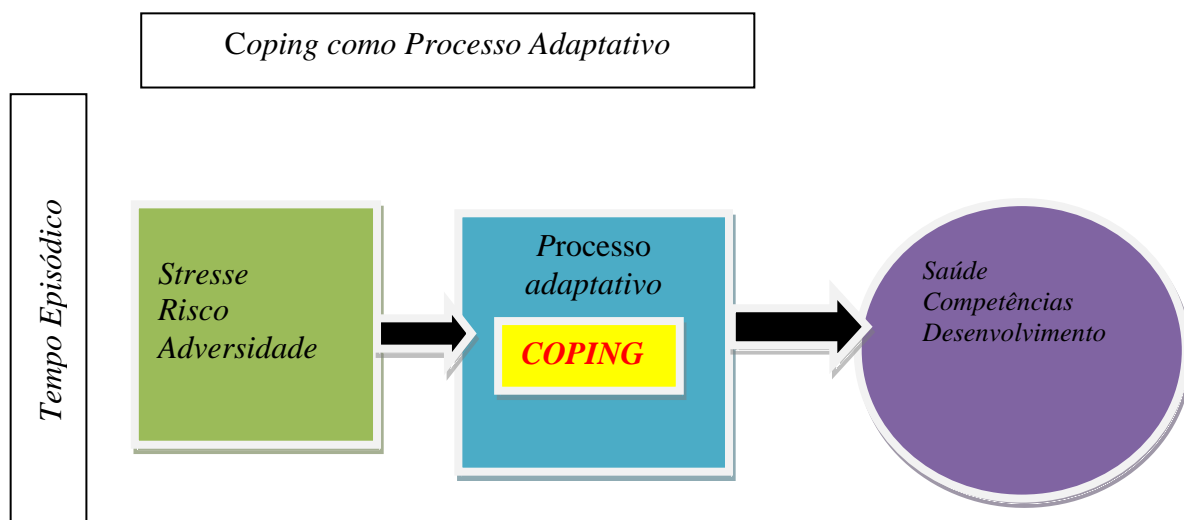
Situações que podem agravar estes estados, estão relacionadas com a história de depressão e ansiedade, pessoal, ou na família, dificuldades nos relacionamentos, tratamentos de fertilidade, e outros factores de risco associados a estados de gravidez anteriores.

Por *coping* podemos entender como sendo o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas e externas que são avaliadas como excessivas ou as reacções emocionais a essas exigências ou ainda como o conjunto de pensamentos e acções utilizadas para gerir necessidades internas e externas perante situações de stresse negativo (Folkman & Moskowitz, 2004). As formas comuns de *coping* passam por acções instrumentais, resolução de problemas, procura de ajuda, distração, fuga, oposição e suporte social, entendidas estas acções como as pessoas actualmente respondem ao stresse quando confrontadas com a vida real.

Como se afirmou o processo de *coping* surge na resposta a exigências externas (meio ambiente) e internas (psicofisiológicas) sendo moldado de acordo com as competências individuais,

pele meio social e recursos individuais. Principalmente em observação de crianças e adolescentes.

Apresenta-se um modelo de *coping* adaptado de Ellen Skinner e Melaine Zimmer-Gembeck.



A questão principal que se coloca é como o *coping* interage com outras componentes durante um episódio, como em contextos sociais específicos, exigências, factores sociais e como as características individuais moldam o *coping*. A um micro-nível de pesquisa, os estudos necessitam de

considerar o *coping* como um processo interaccional, considerando que funciona ao nível de interacções num contexto físico e social, conforme dados obtidos por observação ou através de relatos em diários, podendo os técnicos de saúde desenvolver diferentes formas de actuação junto dos seus pacientes.

A contribuição dos técnicos de saúde mental neste processo, passa pelo apoio aos seus pacientes ajudando-os a ajudarem-se no sentido de mudar a atitude, no sentido de terem a consciência de que não podendo controlar o exterior podem controlar as suas reacções, promovendo um olhar positivo para os sinais de mudança, como uma oportunidade de crescimento pessoal, tornando-se pessoas flexíveis, desenvolver o sentido de humor, criar auto-estima, tornarem-se autónomos e independentes, ter capacidade adaptativa, aprender técnicas de relaxamento, ter uma alimentação saudável, fazer exercício físico regular, partilhar momentos com familiares, amigos e animais de estimação e dormir o suficiente para manter uma boa saúde física e mental.

As formas comuns de *coping* passam por acções instrumentais, resolução de problemas, procura de ajuda, distracção, fuga, oposição e suporte social.

Cada sujeito reage de maneira diferente a uma situação de stresse, dependendo da sua capacidade adaptativa, formação e flexibilidade. Acontecimentos agradáveis podem também ser geradores de stresse (stresse positivo ou *eustresse*), uma visão pessimista das situações menos agradáveis, um comportamento rígido e perfeccionista desenvolve o (stresse negativo ou *distresse*).

Segundo Serra (1999), a investigação realizada, particularmente a partir dos anos sessenta, tem revelado a possibilidade do stresse estar associado ao aparecimento de doença física.

O stresse não está limitado às sociedades modernas, estende-se também às sociedades primitivas, verificando-se que sempre que haja interacção com o outro ou com o meio ambiente, estabelece-se uma reacção bioquímica e comportamental que tem a sua origem na resposta de “confronto ou fuga”, baseada no instinto de sobrevivência.

A diferença entre o homem moderno e o início da sua existência não modificou ao nível do organismo a sua postura face a situações de stresse, o que se evidencia na realidade actual é a focalização de diferentes situações de perigo a enfrentar para sobreviver, afectando negativamente o indivíduo.

A Psicologia Positiva neste contexto, foi definida por Seligman (2002) como a ciência que visa compreender e facilitar a felicidade e o bem-estar subjectivo dos humanos e descobrir os factores que contribuem a sua promoção.

Saúde mental e qualidade de vida são duas temáticas preocupantes no que respeita a políticas da saúde a nível mundial, razão pela qual a OMS coloca este tema como objecto de análise, considerando que as doenças mentais abrangem cerca de 450 milhões de habitantes do planeta Terra (Cruz, 2007). O mesmo autor e referindo o Relatório Anual do Ministério da Saúde Americano (1999), cita em “A mente e o Corpo na Saúde Mental Contemporânea” que, ...“A bem sucedida realização das funções mentais, conducente a actividades produtivas, relações interpessoais bem sucedidas, capacidade de adaptação à mudança e capacidade de lidar com a adversidade; desde a infância ao fim da vida, a saúde mental favorece as capacidades de pensamento e comunicação, aprendizagem, de crescimento emocional de resiliência e auto-estima” (Cruz, 2007, p. 2).”.

Entre as principais causas do stress verificamos como evidentes, mudanças radicais de vida ou de trabalho, sobrecarga de trabalho, falta de tempo, excesso de responsabilidades e falta de suporte, alimentação inadequada, ruídos excessivos e repetitivos, baixa auto-estima, medos, alterações do ritmo habitual do organismo, situações de guerra ou conflito, doenças prolongadas, mortes, divórcios, entre outras.

Todas as situações geradoras de stresse, provocam reacções intensas no organismo, segundo Lovullo (1997), a ponte que se estabelece entre um determinado acontecimento e a resposta emitida pelo sujeito, atravessa cinco grandes etapas:

- A entrada sensorial e a interpretação do acontecimento;
- A génese de emoções baseadas nos processos de avaliação;
- O início de respostas vegetativas e endócrinas;
- O *feedback* recebido no córtex e no sistema límbico;
- O fluxo vegetativo e endócrino.

Assim, apresentadas as reacções ao stresse pelo nosso organismo vão atingir órgãos e sistemas, provocando o desequilíbrio nas suas funções, desencadeando ansiedade dor e contracções musculares entre outras.

A aplicação do relaxamento nas grávidas, elimina o medo, a tensão e a dor, antes, durante e após o parto, reduz a necessidade de tomada de analgésicos, encurta o período do trabalho de parto, evita o cansado, sendo que a mãe mantém-se acordada, alerta e participante positiva, elimina o risco de hiper ventilação, permite uma recuperação pós-parto mais rápida, e promove a aprendizagem de controlar a anestesia natural do organismo.

A gestão do stresse passa desta forma, pela psicologia positiva e estilos de vida saudáveis, a aplicação de técnicas de relaxamento são neste caso um reforço à homeostase, diminuindo estados de angústia e emotividade proporcionando uma melhor unificação dos elementos do organismo.

O termo Qualidade de Vida tem origem, segundo Nogueira (2002, p. 149), “Na preocupação com a deterioração das condições de vida impostas pelo desenvolvimento predador do meio ambiente...”. É um constructo que engloba as percepções individuais da saúde física e mental e as correlações com os riscos à saúde, funcionamento do corpo, suporte social, estado socioeconómico e todas as condições disponíveis, inclusive de políticas e práticas de saúde que podem influenciar a percepção e o estado de saúde da população”.

Referindo a perspectiva de Dias et al. (2003), (...) “o factor que identifica a maneira como a pessoa vive, qual é o seu traço pessoal no agir, na prática das actividades e no comportamento em

geral (...). O estilo de vida reflecte o que as pessoas pensam de si mesmas e o que valorizam” (Finotti, 2004, p. 13).

Para Pacheco, Murcho, e Jesus (2004, 2005a, 2005b, citados por Pacheco e Jesus, 2007, pp. 31-32), ao abordarem a qualidade de vida de consumidores de substâncias, dizem que “determinados estilos de vida associados ao consumo de substâncias vão determinar a qualidade de vida destes e, logo o bem-estar”.

Praticando o relaxamento, aprende-se a lidar com o medo e a encarar a vida com entusiasmo e humor. A prática do relaxamento ajuda a utilizar o stresse de uma forma positiva, que na gravidez se manifesta de uma forma evidente, proporcionando à mãe e ao seu filho(a), um estímulo de bem-estar físico e psicológico, numa interacção com o corpo do bebé no útero materno e o corpo da mãe que lhe transmite sensações de calma, saúde, e harmonia.

2.3.2. Factores de resiliência e bem-estar

A resiliência do indivíduo às situações adversas da vida, é uma das formas que permite fazer face, amortecer os efeitos stressores, criando uma maior plasticidade e capacidade de os ultrapassar sem que se verifiquem situações psicossomáticas. Tem que ver com a capacidade do indivíduo ultrapassar os traumatismos e construir-se apesar das marcas psicofisiológicas envolvidas. O funcionamento resiliente edifica-se através de um conjunto de vários processos defensivos de ordem intrapsíquica e de factores endógenos e exógenos. (Martins & Jesus, 2007).

Segundo Martins e Jesus (2007, p. 85), “o estudo da resiliência vem completar o campo da Psicologia Clínica e da Psicopatologia no sentido de construir um modelo fundamentado no sujeito como um todo, com os recursos e processos defensivos, bem como com as suas vulnerabilidades.

As diferentes formas de abordagem teórica e clínica da resiliência são questionadas bem como os seus contributos, os seus limites e as suas aplicações práticas.”

Tradicionalmente a Psicologia preocupou-se com o estudo das patologias que lhe permitiram gerar teorias sobre o desenvolvimento humano e avançar nas técnicas de intervenção psicoterapêuticas, descurando a psicologia positiva, bem-estar, alegria, satisfação, esperança, optimismo, entre outras, dando relevância às emoções negativas.

Seligman (2000), empenhou-se neste conceito da Psicologia Positiva, referindo que a “resiliência é também a capacidade de ter êxito nas adversidades da vida e superá-las.”

Kumpfer, citado por Martins e Jesus (2007), apresenta o Modelo Transaccional, que parte de um pressuposto da visão holística do indivíduo. Neste modelo são identificadas quatro áreas principais de influência: um stressor, uma disrupção no processo homeostático, uma integração resiliente que termina com um resultado de reintegração resiliente, ou uma má-adaptação, dando origem a seis preditores básicos de resiliência, que passam pelos stressores: o contexto envolvental, o processo transaccional indivíduo-envolvimento, factores de resiliência internos, resultados e a reintegração adaptativa e resiliente, ou a reintegração não adaptativa.

Dando relevância a que quando o indivíduo não experimenta circunstâncias stressantes, a homeostasia é mantida; já o oposto promove distúrbios que podem conduzir ao desenvolvimento de estratégias para ultrapassar estes acontecimentos negativos, defendem ainda os autores, que o envolvimento social, a família, a escola, a comunidade e grupos de pares permitem não só adquirir habilidades positivas, mas influenciam também o desenvolvimento da criança e do jovem tornando-o um indivíduo capaz de reduzir os factores de risco intrínsecos e extrínsecos, perante de situações desafio, considerando que o processo transaccional entre envolvimento social e individual irá determinar a resposta à situação de stresse, um trinómio entre factores internos do indivíduo, o meio envolvimento e os resultados das transacções.

Desenvolvimento da Resiliência adaptado por Kumpfer (1999), citado por Martins e Jesus (2007), propõe: Reintegração resiliente, Reintegração homeostática, Reintegração não adaptativa e Reintegração disfuncional. A reintegração resiliente pressupõe que o individuo se torne mais forte

após experiências stressantes, crescendo através delas. Quando tal não acontece surgem comportamentos de desadaptação e não-resiliência.

Martins e Jesus (2007) referem, Curtis e Cicchetti, que sublinham a importância das tecnologias de imagiologia para obter um melhor conhecimento fisiopatológico. Ainda dentro deste contexto vários investigadores adoptam a perspectiva transaccional e organizacional para múltiplos níveis de análise, conceptualizando a resiliência como um processo dinâmico influenciado pela auto-organização neural, psicológico e transacções entre contexto ecológico e o organismo em desenvolvimento.

Investigadores referidos pelos autores, nomeadamente Masten (2004), Masten e Curtis (2000), Seligman (2000) alegam como importante a reactividade emocional, a reactividade ao stresse, o temperamento, a emocionalidade positiva ou negativa, representando estes constructos um conjunto diverso de sistemas associados ao cérebro e sistema endócrino que em consonância, modulam as manifestações do indivíduo face aos stressores e desafios emocionais, bem como, Drevers, Price, Todd, Reich, Vannier e Raichel (1977), defendendo, que as pesquisas feitas, têm localizado algumas áreas no córtex cerebral pré-frontal e no corpo caloso, cuja actividade se encontra frequentemente diminuída em pessoas depressivas.

Na perspectiva de Martins e Jesus (2007), o desenvolvimento para que se possa experienciar uma boa saúde mental, deverá passar pela existência de um ambiente propício, estilos de vida que permitam o envolvimento da pessoa, sentido de pertença, responsabilidade, desafios, satisfação, companheirismo, amor, prazer confiança e segurança.

No período da gravidez a capacidade de resiliência da mãe para gerir as alterações ocorridas no seu corpo, é também um factor a considerar. Existe evidência científica (A. Colman & L. Colman, 1977) de que durante a gravidez o impacto de alteração hormonal se reflecte na vida emocional da mulher. A hormona da progesterona é produzida em enormes quantidades durante quase toda a gravidez, o que pode desenvolver efeitos depressores no sistema nervoso central. Também a

produção de estrogénios, outra hormona que se modifica durante esta fase, afecta directamente o metabolismo das catecolaminas, grupo de químicos que promovem um papel importante na mediação das emoções. As hormonas principalmente segregadas pela glândula adrenal, são alteradas modificando os níveis dos esteróides-cortisol, implicando alterações de estados do humor. Algumas destas hormonas são importantes para o crescimento uterino, mas estas alterações hormonais estão interligadas com as alterações físicas, de auto-imagem, que podem provocar crises de identidade, ansiedade e depressão.

A adaptação da mulher à gravidez, sofre diferentes fases biopsicossociais e fisiológicas, como já referimos, sendo que é uma experiência de maturação e integração intrínseca e extrínseca. Neste contexto o factor resiliência tem um papel predominante na gestão do stresse.

Capítulo III – Relaxamento e Gravidez

3.1. Abordagem histórica do relaxamento

Epistemologicamente “relaxationem, relaxare”, é um sinónimo de diminuição, termo da Medicina cuja etimologia nos reporta ao latim de “tensão”.

O Relaxamento apresenta-se como prática de muitos séculos e atravessando as mais diversas culturas. Assim, como técnica de bem-estar ou de aprofundamento espiritual é extremamente antiga, considerando-se que as suas raízes podem ser encontradas no *Yoga*, desenvolvido na Índia muito antes da era Cristã e no método de Concentração Mental, praticado pelos monges ortodoxos dos Montes Athos. Segundo Maran (1974, p. 21), “A sua prática é tão antiga quanto a existência do Ser, expressa em várias formas e técnicas, tendo a sua origem no Oriente. Por exemplo, a filosofia do *Yoga*, existe há seis mil anos a sua prática e é considerado um método de desenvolvimento físico, mental e espiritual”. O *Yoga* cuja tradução é “união”, quando praticada promove uma forma de relaxamento e segundo Molinero (Yogakrisnanada) (s.d., p. 62), é definido “(...) como um sistema de harmonia com as pessoas com a própria vida higiénica, com os músculos e nervos (...)”. Refere ainda a harmonia do *Prana* (respiração) como sendo a “reeducação dos desejos, boa conduta moral e ética., utilizando conscientemente o *Pranayana* (forma correcta de respirar) ou seja respiração abdominal.”

Das inúmeras técnicas do *Yoga*, Maran (1974, p. 25), cit. Blay que sublinha, ser o *Hatha-Yoga* (*Yoga*-físico), baseado nas posturas que ajudam a encontrar um modo de ser; outra forma de equilíbrio e homeostase encontra-se também na prática do *Tai Chi Chuan*, enquadra-se entre o *Yoga* indiano, tibetano e o *Zen* japonês, sendo a sua aplicação caracterizada por técnicas de combate, apresentando-se aparentemente como uma dança, sendo a sua acção centrada no vazio incomensurável do “Não Agir do Ser” na essência; do *Tao* que tem como finalidade a harmonização

do mundo “do alto” ou mental, do mundo do sentimento e do mundo “de baixo” ou enraizamento vital.

Alguns dos métodos usados na prática do relaxamento têm como vector a respiração consciente, essencialmente a respiração abdominal. Efectivamente, o sistema respiratório tem a particularidade de poder ser dirigido voluntariamente, trabalhando por natureza em “piloto automático”. Quando falamos em “pilotagem voluntária” referimo-nos à respiração consciente, a qual é a chave da regulação psicológica e mental que nos proporciona o estado de relaxamento. Ao concentrar-se, progressivamente na respiração, a pessoa acalma e a sua agitação mental activa o sistema nervoso parassimpático que gere a recuperação física e o bem-estar corporal. Todas as técnicas de relaxamento têm como objectivo a estimulação de sensações corporais, sendo que através dos vectores psíquicos que passam pelas percepções corporais incluindo a respiração, permitem à pessoa em relaxamento descobrir-se a si própria, experienciando-se no aqui e agora.

Efectivamente, na nossa prática clínica, temos verificado que a técnica permite a integração das diferentes dimensões da pessoa – somática, psicológica e emocional –, promovendo uma melhoria no estado de vigília e permitindo que o sono seja mais profundo e descansado. Verifica-se, também, uma recarga da energia vital, do aumento da auto-confiança que se manifesta na diminuição de queixas de dor, na diminuição de ansiedade e de angústia e nos problemas digestivos normalmente relacionados com estados emocionais que podem ser conscientes ou não. No plano mental, verifica-se que favorece uma melhoria intelectual, liberta a criatividade, desenvolve a memória e concentração, e promove uma forma de pensamento positivo.

Na prática de relaxamento com mulheres grávidas temos verificado uma melhoria nos estados de ansiedade depressão e stresse, um olhar a vida com naturalidade, optimismo e confiança. Muitas das nossas pacientes, deixam mesmo de ser sugestionadas pelos receios de suas mães proteccionistas e neuróticas, aproximando-se mais do marido (futuro pai), aproveitando esta fase de mudança para

uma maior partilha de momentos de lazer com o seu companheiro, libertando-se do medo e das preocupações inerentes à parentalidade.

3.2. Diferentes perspectivas de relaxamento

3.2.1. Alguns modelos de intervenção psicoterapêutica através do relaxamento

Como técnica científica de cariz biomédico um dos autores que é considerado mais importante é Schultz (1932), neuropsiquiatra alemão, designando o seu método como Treino Autógeno. A partir da sistematização elaborada por este autor, outras técnicas de relaxamento foram desenvolvidas, nomeadamente umas inspiradas no modelo psicanalítico considerando-se como protagonistas Ajuriaguerra (1959) e Sapir (1966), outras mais ecléticas assentes em filosofias orientais, como a Sofrologia desenvolvida por Caycedo (1969) e ainda outras assentes em modelos humanistas como o relaxamento de Hipólito (2001).

3.2.2. Posição de Schultz

Segundo Wolffenbüttel (1967, p. 11), Numa tentativa de definição do treino autógeno de Schultz, refere que "...estendo-a aos demais relaxamentos sistemáticos, trata-se de um exercício psicoplástico de atitudes expectantes, ritualista, escalonado, que faz com que fantasias positivas se transformem em realidades positivas...".

Esta técnica, baseia-se na procura do homem integral, em equilíbrio do organismo entre a esfera somática e psíquica afirmando-se em sintonia "bionômica" com as condições externas da realidade física e sócio-cultural. Refere ainda o autor que "toda a psicoterapia e psicologia médica deve fundamentar-se nas características fundamentais da vida". Considerando que a vida se

desenvolve por fases que tem um ritmo e um plano inerente, uma ordem interior, a personalidade só pode ser aprendida como um todo, nunca lidamos apenas com uma parte do outro, dado que tudo é vivo e processual, dinâmico, está em evolução constante, não existindo portanto qualidades ou características fixas num sentido absoluto; o organismo tem processos de auto-regulação, de compensação, de reparação e cura que são a base indispensável de qualquer processo terapêutico com vista à auto-afirmação.

O treino autógeno de Schultz, passa por três fases:

Na primeira fase, sintonização de repouso,

1. Posição de cocheiro (o sujeito sentado confortavelmente, pés bem assentes no chão, coluna bem posicionada e braços colocados sobre a cadeira ou sobre as pernas);
2. Vivência de peso, que é induzida ao braço dominante.

Na segunda fase, seis tempos,

1. Repouso – peso.
2. Sensação de calor.
3. Vivência cardíaca.
4. Repouso respiratório.
5. Concentração de calor no baixo-ventre.
6. Testa fria.

Na fase final, retrocesso do relaxamento, flexão e extensão dos braços e pernas, respiração profunda e abertura dos olhos.

Esta técnica vai promover uma auto-tranquilização, descanso, catalepsia, alteração dos sentidos, regulação vascular, rendimentos de memória, formulação de objectivos e a visão de si mesmo.

3.2.3. Ajuriaguerra

3.2.3.1. O relaxamento como redução do tónus muscular

Foi nos anos cinquenta, no Hospital de Sainte-Anne em Paris, que Julian Ajuriaguerra, neuropsiquiatra e psicanalista, formou uma equipa de psicanalistas para a aplicação terapêutica a partir do Treino Autógeno de Schultz, utilizando o método como redução do tónus muscular, clarificando a importância de uma ligação interrelacional e um diálogo tónico-emocional com o cliente.

Cada vez que necessitamos de combater ou fugir, conquistar ou agir, começamos por criar tensão em determinados músculos que nos colocam de imediato em posição para a acção. Então estaremos prontos, aptos para reagir, sem que a reacção tenha oportunidade de se manifestar, ou porque já não faz sentido ou porque nos é impossível concretizar.

Este tipo de tensão no vazio, pode tornar-se crónica (como se estivéssemos sempre em posição de defesa perante um ataque que eventualmente existe apenas no nosso imaginário) e representa um enorme desperdício de energia. A descontração dessas tensões permitirá uma redução de fadiga.

Assim sendo, para obter um bom resultado do relaxamento, é mais importante encontrar uma tensão correcta do que uma “boa descontração”. Ou seja, durante a prática do relaxamento deve adoptar-se uma posição que não exija esforço durante o processo.

A tensão muscular é regulada de maneira automática e involuntária, pela nossa postura corporal, mesmo em estado de relaxamento, uma parte do nosso corpo pode manter-se profundamente solto e relaxado, sem que o mental se desconecte de imagens que podem surgir, sejam elas memórias traumáticas ou não. A viagem proposta pelo Relaxamento vai permitir ao cliente, conectar-se com pensamentos e memórias que surgem e que poderá vivenciar de uma forma

que lhe permita observar, sem tentar controlar, podendo depois partilhar ou não com o seu terapeuta a sua vivência.

A consistência muscular é viva e tensa, mas firme e elástica e não se relaxa sem que apareça uma resistência. A esta tensão ligeira, a esta resistência chama-se o tónus muscular, que é devido a uma actividade de contracção, no conjunto de um número de unidades motoras que constituem o músculo.

O tónus muscular prepara o movimento, fixa a atitude, o gesto, mantendo o músculo estático e em equilíbrio. Um conjunto de estruturas nervosas intervém no seu controlo. Estas estruturas podem modificar entre si informações e reciprocamente a sua intervenção adequada para excitar mais ou menos o movimento muscular.

As tensões do dia-a-dia, podem tornar-se crónicas se não forem canalizadas para situações alternativas de descompressão, contribuindo para o aparecimento de doenças psicossomáticas.

3.2.4. **Sapir**

Michel Sapir psiquiatra e psicanalista, utiliza o protocolo do treino autógeno de Schultz, modificando alguns detalhes essenciais, apresentando o Relaxamento de Indução Variável. É uma psicoterapia elaborada a partir dos anos sessenta, que passa por um discurso rico em metáforas reforçando as possibilidades criativas de visualização da pessoa. As principais diferenças entre esta abordagem e a do treino autógeno é que o terapeuta exprime as induções em função da personalidade do paciente, após algumas sessões precedentes de interacção directa e em estado de vigília. Após o relaxamento o cliente é convidado a expressar verbalmente a sua que experiência ou visualizações. Numa verbalização sem regras rígidas, o cliente vai referindo as partes do corpo as sensações experienciadas ou propostas que seguem um curso natural de verbalização, sendo que o terapeuta cria uma sugestão verbal, sons musicais ou verbais, “*mantras*” que poderão ser adaptados a

diferentes partes do corpo. Esta técnica passa também por sessões de silêncio, sem indução. No decorrer de algumas sessões o terapeuta toca de forma minuciosa as extremidades do corpo do cliente, a cabeça, dedos dos pés e das mãos. As sessões de grupo são normalmente acompanhadas por dois terapeutas sendo um do sexo feminino e outro do sexo masculino.

Esta técnica passa por uma vivência regressiva profunda, o que significa que podem ser experienciados estados modificados de consciência, sem que exista o perigo da pessoa se sentir perdida, mas que vivencia como se fosse um jogo, que sente não ser real. (Podemos comparar esta Técnica ao Sonho Acordado Analítico)

3.2.5. Caycedo

Em 1960 Afonso Caycedo propõe o método “Sofrologia”, como estudo da consciência em harmonia. Sendo que para o autor a consciência é uma integração de todas as funções do homem.

Propõe um procedimento médico terapêutico para a prevenção das doenças, baseando-se no treino autógeno de Schultz e no método de Jacobson. A sofrolisação começa por um relaxamento simples de forma a modificar o tónus muscular e os níveis de consciência, o sujeito abandona o estado de vigília normal para aprofundar o relaxamento, chegando quase o estado de sono, ou nível sofroliminal. A indução feita pelo terapeuta, é suave e persuasiva, passando a atenção do cliente, para uma visualização de imagem livre e agradável. Antes de terminar faz com que o cliente saia do seu estado hipnagógico de forma suave e lenta.

Esta prática permite que a pessoa aceite progressivamente uma imagem de futuro, desconectando-se dos elementos negativos da sua existência.

3.3. O relaxamento na perspectiva humanista

Dando como exemplo o método de relaxamento desenvolvido por Hipólito (2001) e inspirado no modelo psicoterapêutico designado por Terapia Centrada no Cliente (Rogers, 1951), do ponto de vista estrutural, existe alguma relação com a proposta de Schultz (1931), apesar de existirem diferenças fundamentais, nomeadamente na forma como é feita a indução, a qual o autor defende que seja feita na primeira pessoa, isto é, o terapeuta diz em voz alta a maneira como ele se vai relaxando e convida o cliente a segui-lo ou não, no processo de auto-conhecimento através do seu corpo. “A prática dialógica centrada sobre a relação permite ter a percepção e a implicação de uma pessoa ou de um grupo, em relação a um sistema ou a um objecto, olhando-o do interior do seu universo próprio, enquanto que os métodos da história imediata (sociologia, antropologia, economia, etc.) fornecem indicações sobre o objecto real...” “No relaxamento o “terapeuta-cliente” fornece a si próprio uma indução (emprega o “eu”), permitindo ao cliente escolher esta indução o que ele pode ou quer escolher, isto é, o que lhe convém.” (Hipólito, 2001, pp. 58-59).

A base teórica é assente no ponto de vista estrutural no treino autógeno de Schultz, sendo que nesta abordagem a reflexão dos autores tem em consideração o conceito de sistema sócio-antropológico proposto por C. Caldeira, inspirando-se nas correntes existencialistas, nomeadamente no quadro teórico da Abordagem Centrada na Pessoa/Grupo de Carl Rogers e nos pressupostos da Terapia Centrada no Cliente.

Segundo Hipólito (2001, p. 57), “o relaxamento é o caminho para a descoberta do corpo próprio, segmento por segmento, aumentando a permeabilidade entre o mundo exterior e o mundo interior do cliente”.

Esta técnica passa pelo corpo em relação, a tomada de consciência das sensações ao nível da pele, músculos e articulações, passando numa segunda fase para uma sensação global, pela percepção do peso do corpo, do calor, do ritmo respiratório e cardíaco, o corpo nos seus movimentos

próprios, e a percepção do seu esquema corporal interno pela descontração das vísceras. Todos os sentidos internos e externos são integrados pelo cliente que ao entrar em relação do espaço exterior para o espaço interior, criando a sua consciência da sua evolução do esquema corporal.

Resumindo e explicitando um pouco a minha própria experiência clínica no sentido generalizado, sinto que o cliente ao predispor-se a viajar pelo seu organismo, não é induzido pelo terapeuta mas acompanha-o na sua experiência.

Quando falo, “coloco-me numa posição o mais confortável possível....entrego-me ao prazer de relaxar...escutar o meu corpo...”, o cliente faz a sua própria viagem livre de qualquer comando (ou indução manipulativa), assumindo a sua vivência e desfrutando da liberdade de ser, de agir e de sentir, podendo partilhar ou não essa vivência.

Nem todos os clientes estão preparados para esse encontro consigo, com o seu interior, como em casos clínicos onde a doença se apresenta num quadro psicótico, ou de profunda depressão.

Muitas das vezes o cliente sente mais a necessidade de expressar verbalmente o que lhe vai na alma, do que entrar em contacto com pensamentos ou vivências que já o ocupam em demasiados diálogos internos, podendo contudo expressar no decorrer de várias sessões a sua necessidade de fazer o contacto com essa parte de si que não foi ainda explorada ou compreendida.

3.4. O relaxamento na intervenção em psicologia da saúde

Os efeitos psicofisiológicos do relaxamento na intervenção em Psicologia da saúde, são fundamentados por vários investigadores, já citados, por, entre outros benefícios, diminuir a intensidade dos reflexos, o registro das correntes eléctricas produzidas pela tensão muscular, a dilatação dos vasos circulatorios que produzem um aumento da temperatura da pele e mudanças calóricas com o mundo exterior. A temperatura cutânea ao nível dos dedos sobe cerca de dois graus, e a temperatura central sobe um terço durante o exercício de calor.

Considerando que a temperatura próxima do “conforto térmico” é de 18° C, os exercícios prologados podem ao contrário promover um abaixamento da temperatura térmica e uma diminuição importante no metabolismo basal.

O volume e o peso dos braços e pernas aumentam pela dilatação das veias capilares, e está cientificamente provado que os hipertensos em estado de relaxamento diminuem a tensão arterial em cerca de 10 a 20%. Observa-se ainda uma diminuição do ritmo cardíaco, melhorando as situações de taquicardia.

Os efeitos respiratórios, centram-se na capacidade de uma melhor oxigenação do organismo, pela ampliação da respiração abdominal e torácica. O corpo em relaxamento necessita de menor consumo de energia, menos absorção de açúcar. Este estado vai proporcionar a vivência de estados que podem ser de simples repouso ou estados superiores ou modificados da consciência (Wallace & Benson, 1972).

3.5. Efeito de stresse antenatal no desenvolvimento neuroendócrino do feto e interação com estímulo relaxante

Ao longo dos últimos anos, vários estudos em diferentes espécies animais e também em humanos acumularam dados sugerindo que o stresse antenatal da grávida promove alterações no eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (HHSR) do feto e tem efeitos duradouros na evolução cognitiva, emocional e comportamental do indivíduo após o nascimento (O'Connor et al., 2002, 2003; Van Den Bergh & Marcoen, 2004).

Os glucocorticóides são essenciais para o desenvolvimento normal dos órgãos fetais, nomeadamente do cérebro, mas níveis excessivos por longos períodos podem modificar de forma permanente a estrutura cerebral, bem como a sua função (Mathews, 2002) e influenciar negativamente o desenvolvimento pós-natal (Weinstock 2001; Lou et al., 1994).

Os efeitos adversos do stresse materno sobre a evolução da gravidez, nomeadamente associação com parto pré-termo, baixo peso à nascença, aumento do índice de resistência na artéria uterina, têm sido referidos na literatura médica (Austin MP et al., 2004; Teixeira et al., 1999) e pensa-se estarem relacionados com o aumento da *corticotropin-releasing hormone* (CRH) de origem placentar, que sobe em resposta ao stresse crónico da grávida (Majzoub, 1999). Não é claro o mecanismo pelo qual esta ligação ocorre, nem se existe uma idade gestacional de maior susceptibilidade do feto. No entanto, estudos sugerem que os glucocorticóides têm um papel importante (Shneider et al., 1992; Weinstock, 2001; Seckl et al., 2004; Weinstock, 2005).

Há evidência de correlação significativa entre os níveis do cortisol materno e fetal, embora esta correlação seja variável ao longo da gestação (Gitau et al., 1998, 2001; Sarkar, 2006).

As catecolaminas são secretadas na glândula supra-renal, no cérebro e em algumas fibras nervosas simpáticas. Como hormonas, são libertadas pela glândula supra-renal em situações de stresse (psicológico ou hipoglicémia). Foi encontrado um aumento dos níveis de adrenalina (AD) nos fetos pretermos (Newnham, 1984), e a administração exógena sistémica de baixas doses de AD em ovelhas mostrou promover vasoconstrição e reduzir o fluxo da artéria uterina em 39%, levando ao nascimento de fetos com baixo peso (Rosenfeld, 1976).

A ansiedade e o stresse materno antenatal, ao promoverem o aumento mantido dos glucocorticóides, determinam modificações nas estruturas cerebrais e na função do eixo HHSR do feto, levando a alterações cognitivas, comportamentais e emocionais na criança a médio e longo prazo (O'Connor 2003, 2005; O'Connor et al., 2002), pelo que se torna necessário encontrar medidas preventivas para contrariar este efeito durante a gravidez.

Têm sido procuradas formas de baixar os índices de ansiedade materna de forma a alterar os níveis de cortisol e de catecolaminas do ambiente fetal (Teixeira et al., 2005) e, há estudos animadores nesta área (Field, 1998; Field et al., 1999). No entanto, os efeitos de um estímulo indutor de relaxamento nos níveis plasmáticos maternos de cortisol, AD e NA, e no LA, não foram ainda

testados, pelo menos que tenhamos conhecimento. A correlação entre os níveis destas substâncias na mãe e no feto (entre as 16-19 semanas), a variação diurna dessa resposta e a correlação desses valores com o peso e a idade gestacional ao nascer, e o tipo de parto, também não foram avaliados de forma concludente.

A gravidez representa um estado de hipercortisolismo transitório e fisiológico, retomando os níveis normais 12 semanas após o parto. A produção da hormona libertadora do cortisol *CRH* está aumentada essencialmente à custa da sua produção na placenta, decídua e membranas fetais. Apenas no ser humano é observada a presença de *corticotropin-releasing hormone CRH binding protein* no plasma e no líquido amniótico *LA*, levando à diminuição da *CRH* circulante biodisponível. Os níveis de cortisol estão aumentados, bem como os de adrenalina e cortisol produzido na hipófise, mas mantêm-se dentro de limites normais e com típicas variações diurnas, provavelmente devido à secreção de *AVP* nos núcleos paraventriculares da hipófise.

De notar que o *CRH* e a *AVP* são os principais moduladores do eixo hipotálamo, hipófise, e supra-renal *HHSR*. A *CRH* é detectada no hipotálamo do feto acima das 12 semanas, sendo os seus níveis 50% inferiores aos maternos, porque a placenta segrega *CRH* a um ritmo muito mais lento para o compartimento fetal. Também acima das 12 semanas é detectado *ACTH* no plasma fetal, com concentração aumentada até às 34 semanas e depois uma diminuição significativa até ao final da gravidez. A maioria do cortisol em circulação no feto parece ser de origem materna (80-90%).

Durante o trabalho de parto, o *CRH*, *ACTH* e cortisol aumentam, baixando quatro dias depois. Após o parto, o eixo *HHSR* vai normalizando progressivamente a sua função até regularizar cerca de 12 semanas após, Gitau, et Mastorakos, (2003).

Nas 6-8 semanas que antecedem o parto, há um aumento exponencial da *CRH* e uma diminuição da *CRH binding protein*, aumentando a biodisponibilidade da hormona, o que pode acelerar a ocorrência do parto (Weiss, 2000), aplicando-se possivelmente também à prematuridade.

3.5.1. Psicofisiologia do stresse na gravidez

Sarkar e colaboradores encontraram uma correlação entre o cortisol sérico materno e o fetal doseado no líquido amniótico (LA), mas significativa apenas a partir das 17-18 semanas, pelo que, até essa altura, outros mecanismos além da passagem transplacentar do cortisol serão responsáveis pela acção do stresse materno sobre o desenvolvimento do feto (Sarkar et al., 2006). Esta relação entre o cortisol materno e fetal seria idealmente examinada nos respectivos plasmas, mas as indicações clínicas para colheita de sangue fetal são cada vez mais raras e ocorrem maioritariamente na segunda metade da gravidez, pelo que não permitem o estudo das fases iniciais. Por outro lado, a amniocentese continua a ser um procedimento frequente, efectuado por rotina às grávidas quase sempre entre as 15 e as 20 semanas.

As experiências em animais, mostraram que o feto está relativamente protegido dos níveis elevados habituais de cortisol materno devido à enzima 11 β -hidroxiesteroide desidrogenase (11 β -*HSD*) da placenta, que metaboliza grande parte do cortisol em cortisona inactiva. Verificou-se que no final da gravidez, esta enzima é drasticamente reduzida, permitindo aos glucocorticóides interagir com os seus sistemas receptores e influenciar o desenvolvimento do cérebro (Diaz et al., 1998). Estes resultados dão suporte ao encontrado em estudos humanos, que verificaram ter a ansiedade materna mais repercussões no desenvolvimento cognitivo da criança quando ocorre após as 32 semanas, havendo dados que apontam para algumas diferenças entre os sexos (Huizink 2003; O'Connor, 2002, 2003).

A adrenalina (*AD*), a noradrenalina (*NA*) e a dopamina (*DP*), são as catecolaminas mais abundantes. São solúveis em água, e 50% circulam no sangue ligadas a proteínas plasmáticas.

Na aplicação do estímulo que passa pela técnica de Relaxamento, observamos que a grávida, inicia uma tomada de consciência do processo da respiração, para acalmar, escutar o movimento do corpo, e interagir com todas as funções orgânicas e biológicas, permitindo que todos os ossos,

órgãos, e ligamentos se relaxem e se unam a uma mente mais calma e tranquila uma sintonia entre a respiração e as ondas alfa. Após esta fase, passamos à fase da interacção da mãe com o bebé, em que são programados estímulos de saúde e bem-estar com frases de entreaajuda e cumplicidade.

E técnica promove que o corpo da grávida, comunique com outro corpo o do feto, através de um sentimento de amor expresso. No momento do parto, a futura mãe aprende através da visualização a seguir as contracções uterinas, como se seguisse o movimento das ondas, aprende a relaxar sempre que a contracção passa, como quando a onda volta ao oceano após a rebentação nas rochas, o que permite que a mulher em trabalho de parto recupere e descanse entre cada contracção e até ao momento de expulsão.

Com este estímulo de relaxamento mãe, pai e bebé, procuramos promover uma melhor qualidade de vida na gravidez verificando que pessoas mais felizes e em harmonia com o seu mundo interno e externo podem passar a usufruir de bem-estar e saúde física e mental.

A vida inicia-se com uma inspiração e termina com uma expiração. O espaço entre cada movimento respiratório bem conseguido, permite uma tomada de consciência do Eu, uma focalização da atenção, uma relativização de pensamentos negativos, memórias traumáticas ou ansiedades de um futuro que pode e deve ser programado, mas apenas em termos de cronograma de vida. Aprender a relaxar, estar consciente do presente “presente” e diminuir o desgaste de energia com pensamentos do presente “passado” e do presente “futuro”, é o nosso objectivo.

Segundo Sá (2008, p. 10) “quando o estado emocional materno é, continuamente, ansiógeno, podem ser sentidas no Ambiente intra-uterino as consequências da sobre-estimulação do Sistema Nervoso Autónomo. A longo prazo estas alterações parecem induzir no feto um estado de stresse crónico cuja acção citotóxica pode levar à danificação das células do hipocampo, lobos frontais e amígdala, zonas em estreito contacto com os sistemas endócrino e imunitário, o que traduz em maior susceptibilidade para patologias auto-imunes e na segregação de imuno-depressores que debilitam o organismo tornando-o progressivamente hipoactivo”.

Através do estímulo do Relaxamento é estabelecido um processo de vinculação biológico e psicológico pré e pós natal.

3.6. Efeitos do relaxamento na gravidez

O relaxamento é um método que vai permitir que quer o período da gravidez quer o trabalho de parto, decorram de uma forma calma e em muitos casos com o controlo da dor. No decorrer da nossa experiência profissional, através da prática do relaxamento, a maioria das mães testemunham que sentem a pressão das contracções e a pressão de expulsão, mas sem dor.

A experienciação da dor no decorrer no trabalho de parto é resultado de uma vivência de medo que promove tensão e, conseqüentemente, aperto nos músculos uterinos. Uma vez entendido o funcionamento do útero e como o ciclo “medo, tensão e dor” estão associados, a grávida prepara-se para vivenciar, uma forma calma para um estado que é natural. É do conhecimento comum que existem grupos étnicos no planeta que estão preparados para ter um parto sem dor, excluindo, evidentemente, situações de partos de risco. No Ocidente as mulheres foram de alguma forma “doutrinada” para a dor, para o grito e para a sensação de intensas contracções, na medida em que alguém na família ou do grupo sócio-cultural lhes passou a mensagem de que o parto era doloroso. É um facto que a gravidez é sempre um processo de mudança e de adaptação a um novo estado biopsicofisiológico. Sempre que existe um mecanismo de adaptação a uma situação desconhecida, gera-se um estado de tensão em determinados músculos que, de imediato, se colocam em posição para a acção. Frequentemente não existe a acção, mas o corpo está apto para reagir, sem que a reacção tenha a oportunidade de se manifestar, ou porque já não faz sentido ou porque algo a impede de se concretizar. Este tipo de tensão no vazio, pode tornar-se crónica (como se a pessoa estivesse sempre em posição de defesa perante um ataque que pode existir ou ser valorizado pelo imaginário) e representa um enorme consumo de energia física e psicológica.

A descontração dessas tensões permitirá uma redução da fadiga como o demonstrou Alexander (1977) ao afirmar que “uma região muito relaxada é necessariamente compensada, durante a actividade diária, por outras regiões muito tensas”. Assim, para obter um bom resultado do relaxamento é mais importante encontrar uma tensão correcta do que uma boa descontração, significando que no decorrer de uma sessão de relaxamento deve adoptar-se uma posição de descanso que não exija esforço durante o processo em curso.

3.6.1. Benefícios do relaxamento na mulher grávida

A acção de estímulo relaxante nos valores do cortisol sérico e salivar, bem como de outras substancias como a adrenalina e noradrenalina, tem sido avaliada por vários investigadores. Há trabalhos que apontam para uma redução dos níveis de cortisol e de NA em pessoas submetidas a estímulos stressantes que ouviam durante ou previamente musica relaxante (Khalifa e al., 2003; Muluk-Kolase et al., 1994).

A mulher durante o período da gravidez, passa por profundas transformações em tempo limitado, quer no âmbito corporal como no emocional e estas mudanças estão intimamente relacionadas.

A preparação para uma vivência plena da gravidez, tem repercussões directas no momento do parto englobando um número de questões não só biológicas, como também sociais, psicológicas e culturais, que promovem a procura constante de uma rede social que satisfaça as suas necessidades criando um suporte indispensável para este período de sua vida.

Na prática clínica encontramos algumas das transformações vivenciais das futuras mães, em relação à auto-estima, aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece com o seu corpo, principalmente quando passam pela primeira gravidez, ou quando em fases anteriores de gestação experienciaram períodos traumáticos.

Se nos centrarmos nos países ditos desenvolvidos, observamos que as redes de apoio social e de saúde pública nomeadamente no que se refere à informação e acompanhamento das mulheres grávidas está muito aquém das necessidades requeridas.

A título de exemplo na Holanda, onde a maioria das mulheres optam pelo parto humanizado em casa, no período pré e pós parto a assistência médica é deficitária.

Em Portugal, nos Hospitais Civis há filas de espera para camas e médicos que possam dar resposta às mulheres em trabalho de parto. A situação positiva é que existem menos mortes nos recém nascidos do que há 20 anos atrás. Os Centros de Saúde tem já um departamento de apoio pré natal e a informação é mais fluida.

A segurança emocional da grávida é muito importante para um ambiente harmonioso que por sua vez, influenciará positivamente o desenvolvimento do feto.

A gravidez é considerada como um estado natural e encarada de uma forma positiva e de entendimento, vai permitir que a futura mãe possa desempenhar o seu papel na sociedade de uma forma funcional até ao momento do parto.

Através de um plano de educação para a maternidade, e através das técnicas de vinculação pré-natal a relação afectiva mãe bebé começa a formar-se durante a gravidez.

Segundo Reis (2006), o conjunto de competências pré-natais, precursoras das possibilidades relacionais, articula-se ao nível da génese dos laços parentais e do seu desenvolvimento antes do nascimento, através dum processo activo e dinâmico de comunicação intra-uterino.

A sessão de estímulo da comunicação intra-uterina, aplicada, passa pelo relaxamento progressivo do corpo da mãe, segmento por segmento, criando a noção de esquema corporal externo em que está presente o contentor e o esquema corporal interior, o conteúdo que na abordagem implícita é o bebé.

Na Terapia Centrada na Pessoa e a abordagem do corpo pelo Relaxamento de Hipólito, a base teórica é assente no ponto de vista estrutural no treino autógeno de Schultz, sendo que nesta

abordagem a reflexão dos autores tem em consideração o conceito de sistema sócio-antropológico proposto por C. Caldeira, inspirando-se nas correntes existencialistas, nomeadamente no quadro teórico da Abordagem Centrada na Pessoa/Grupo de Carl Rogers e nos pressupostos da Terapia Centrada no Cliente.

Segundo Hipólito (2001, p. 57), esta técnica passa pelo corpo em relação, a tomada de consciência das sensações ao nível da pele, músculos e articulações, passando numa segunda fase para uma sensação global, pela percepção do peso do corpo, do calor, do ritmo respiratório e cardíaco, o corpo nos seus movimentos próprios, e a percepção do seu esquema corporal interno pela descontração das vísceras. Todos os sentidos internos e externos são integrados pelo cliente que ao entrar em relação do espaço exterior para o espaço interior, criando a sua consciência da sua evolução do esquema corporal.

De referir uma reflexão de Rogers (p. 269), Sobre o poder Pessoal "...Quer estejamos falando sobre uma planta marinha, quer sobre um carvalho, sobre um verme da terra ou sobre uma grande mariposa voadora, sobre um macaco ou um homem, será bom reconhecer que a vida não é um processo passivo mas activo. Quer o estímulo provenha de dentro ou de fora, quer o ambiente seja favorável ou desfavorável, os comportamentos de um organismo serão dirigidos no sentido de ele manter-se, crescer e reproduzir-se. Esta é a verdadeira natureza do processo ao qual chamamos vida".

A evolução do feto durante a gravidez humana na sua vertente biofisiológica e psicoemocional é em grande parte ainda desconhecida, mas com o desenvolvimento das técnicas ecográficas, tornou-se mais fácil aceder e compreender que, desde as primeiras semanas de vida do feto, várias sensações vão sendo evidenciadas. Prazer e dor são sensações já estudadas em fetos e grandes prematuros como resposta a acontecimentos e estímulos previamente definidos.

Terá o feto então sentimentos e emoções? Sabe-se que emoções/sentimentos de alegria, tristeza, zanga, mágoa, medo, felicidade, entre outras, são fundamentais para conseguir um estado de vida equilibrado e auto-preservação no ser humano. Existem genes responsáveis pela activação

destes dispositivos, independentemente da aprendizagem após o nascimento. Esta aprendizagem tem um papel importante na determinação das ocasiões em que estes dispositivos vão ser usados.

Muitos trabalhos foram ou estão a ser realizados sobre pulsões e motivações: fome, sede, curiosidade, comportamentos exploratórios, comportamentos lúdicos, comportamentos sexuais. O pensamento, segundo Damásio, (1999), desencadeia as emoções que provocam modificações no corpo, por sua vez transformadas em fenómenos mentais que vão activar os sentimentos. Assim, pulsões e motivações distanciam-se de sentimentos e emoções pelo facto de não requererem pensamento prévio.

Estudos em elaboração mostram já que existem alterações em substâncias neuroquímicas (cortisol, prolactina, dopamina, serotonina, adrenalina e noradrenalina) no sangue da grávida e no líquido amniótico do feto após induzir neles um estado de grande conforto e bem-estar.

Um estímulo emocional acústico estandardizado previamente definido para induzir um estado de grande conforto e bem-estar provoca alterações em substâncias neuroquímicas no sangue da grávida e no líquido amniótico do feto. A obstetrícia é das áreas médicas com maior evolução nos últimos anos. Toda esta expansão científica trouxe maior qualidade no seguimento das gravidezes e possibilitou, complementada com a igualmente grande evolução da neonatologia, uma significativa diminuição da morbimortalidade neonatal.

Também o conhecimento de que a formação da personalidade do indivíduo assenta em bases circunstanciais muito precoces, com muitos trabalhos na área da psicologia e neurociência a apontarem para a grande importância da vida intra-uterina, levanta a necessidade de avaliar este período sob novas perspectivas.

Um estímulo pode desencadear respostas cardiorrespiratórias, comportamentais e neuroendócrinas, sendo qualquer uma delas muito importantes na abordagem deste tema.

Sabe-se que o cortisol aumenta perante situações de stresse e o seu nível basal aumentado e mantido parece relacionar-se com estados depressivos. A prolactina, com acção fisiológica tão

conhecida no aleitamento materno, está associada a processos emocionais intensos de apego e de desejo. A dopamina, com acção catecolamínica e de neurotransmissor, inibe a produção de prolactina no lobo anterior da hipófise e é precursora da adrenalina e da noradrenalina. Níveis basais elevados parecem estar relacionados com desorientação e estados psicóticos. Pode potenciar ou inibir os efeitos de outros neurotransmissores (e.g., serotonina). A adrenalina é relacionada com estados de ansiedade e a noradrenalina associa-se a respostas de emergência ao medo e a estados de pânico.

Níveis baixos de serotonina podem estar relacionados com instabilidade, impulsividade (impulsos auto-destrutivos: suicídio, agressão, gula), embora não causem obrigatoriamente desordens.

II Parte

Metodologia e Resultados

Capítulo IV – Metodologia

Através da metodologia, podemos promover um plano de investigação, com a utilização de diferentes procedimentos que permitam ao investigador sustentar a respostas com evidência científica ao problema que em prática e teoria defende como sendo de um benefício para eventuais pesquisas que signifiquem uma mais valia para a existência da vida na Terra.

Na fundamentação teórica apresentada na primeira parte deste estudo, procuramos mostrar a importância das várias técnicas que poderão ser utilizadas pela mulher grávida para a adaptação a uma nova realidade da vida que engloba a família e a sociedade, e as alterações psicobiofisiológicas desta mudança.

A escolha da aplicação do estímulo pela técnica de relaxamento neste período de transição, apresentou-se-nos como um factor benéfico para a integração da tríade ao desenvolvimento da sua compreensão e interiorização de factores que sendo naturais e aparentemente simples podem criar no individuo preocupações e expectativas perante a mudança, proporcionando-lhes uma melhor interacção com as alterações internas e externas que tem que enfrentar.

É no âmbito deste enquadramento conceptual que através de um estudo quasi-experimental, baseado numa amostra de dois grupos de mulheres no momento da gravidez, em que o primeiro grupo (grupo experimental ou grupo tratado), é submetido ao estímulo de relaxamento e o segundo grupo (grupo de controlo, de comparação ou testemunha), sem estímulo, que pretendemos analisar de que forma a aplicação do relaxamento, reduz os estados de ansiedade, depressão e stresse.

Foi nossa intenção avaliar, também, a influência relativa a alterações da tensão sistólica, e diastólica e medição da frequência cardíaca.

4.1. Objectivos da investigação

A presente investigação foi realizada tendo em vista os seguintes objectivos:

i) Analisar se com esta investigação são reconhecidas melhorias na mulher grávida, em estados de depressão, ansiedade e stresse durante a gravidez, com a prática de relaxamento de forma regular.

ii) Verificar se existem diferenças entre as mulheres grávidas que se submeteram ao estímulo do relaxamento (grupo experimental) e as mulheres grávidas que não se submeteram ao estímulo do relaxamento (grupo de controlo).

4.2. Amostra

A amostra foi constituída por quarenta e seis mulheres grávidas, em que vinte e dois sujeitos, faziam parte do grupo de controlo e vinte e quatro sujeitos faziam parte do grupo experimental.

Grávidas sem estímulo de relaxamento (grupo de controlo)

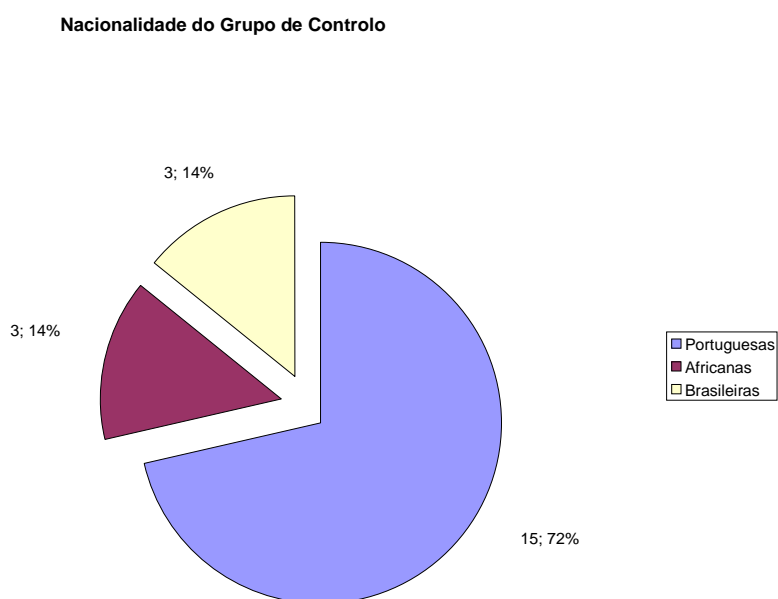


Gráfico 1. Nacionalidade do grupo de controlo

De acordo com o Gráfico 1 acima apresentado, o grupo era constituído por 15 mulheres grávidas de nacionalidade portuguesa, que representam 72% da amostra, 3 mulheres grávidas de nacionalidade africana, que representam 14% da amostra e 3 mulheres grávidas de nacionalidade brasileira, que representam 14% da amostra.

Idades dos sujeitos entre os 18 e 38 anos

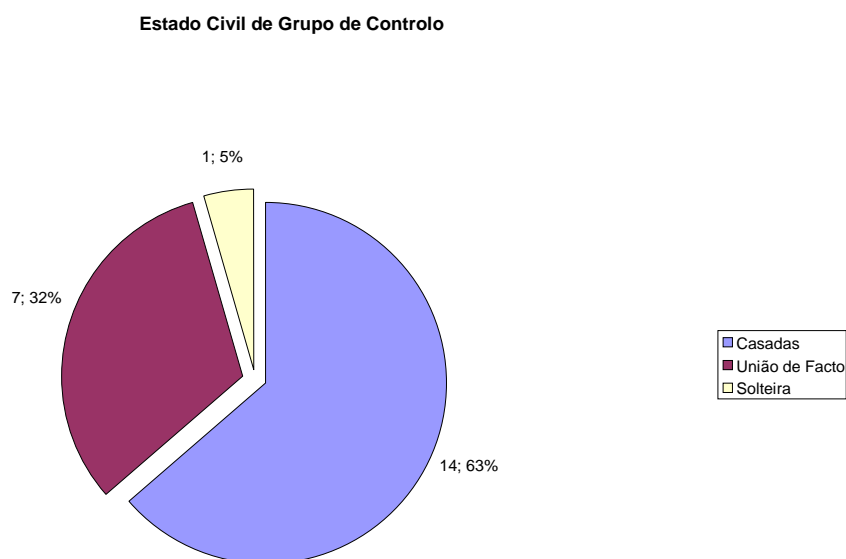


Gráfico 2. Estado civil do grupo de controlo

De acordo com o Gráfico 2 acima apresentado, o grupo era constituído por 14 mulheres grávidas, casadas que representam 63% da amostra, 7 mulheres grávidas a viver em união de facto, que representa 32% da amostra e 1 mulher grávida solteira, que representa 5% da amostra.

Relativamente ao número de filhos, 7 mulheres grávidas, era a uma primeira gravidez, 11 mulheres grávidas já tinham tido 1 filho, sendo esta a segunda gravidez e 4 mulheres grávidas tinham 2 e 3 filhos, sendo esta a terceira e quarta gravidez. A idade dos filhos variava entre os 4 e 10 anos.

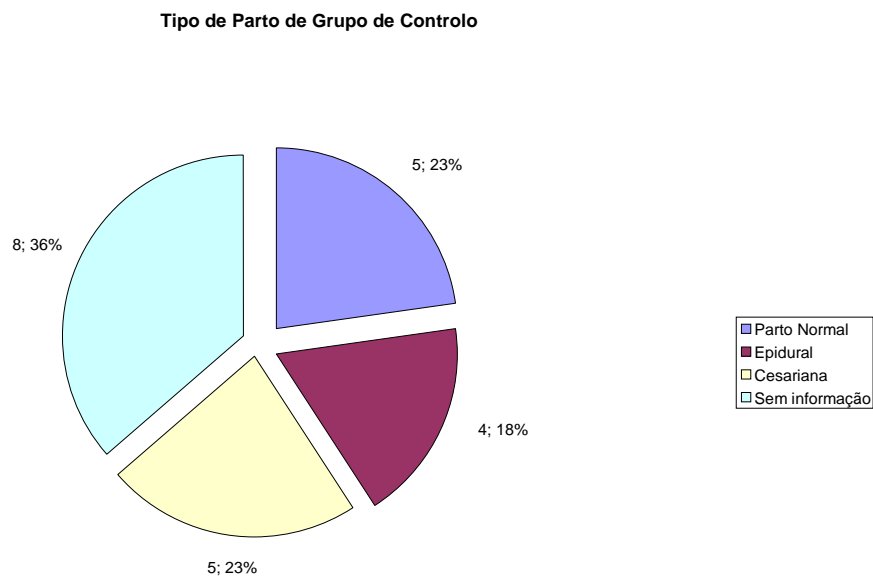


Gráfico 3. Tipo de parto do grupo de controlo

De acordo com o Gráfico 3 acima apresentado, 5 grávidas tiveram um parto normal, representando 23% da amostra, 4 grávidas tiveram parto com epidural representando 18% da amostra, 5 grávidas tiveram o parto por cesariana durante o mês de Março, 2008.

Das restantes 8 mulheres grávidas com parto previsto para o mês de Abril, não tivemos acesso à informação de tipo de parto.

Local de residência: Grande Lisboa.

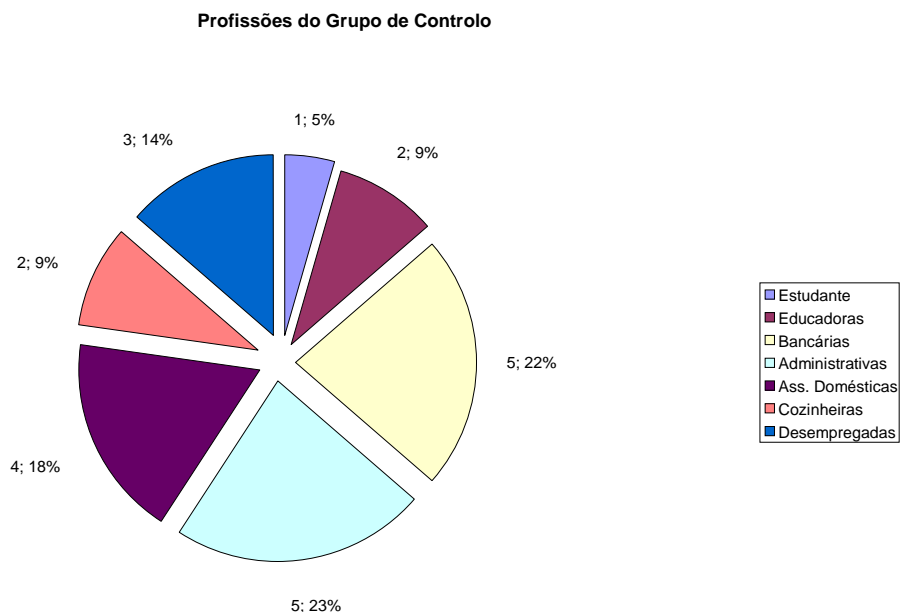


Gráfico 4. Profissões do grupo de controlo

De acordo com o Gráfico 4 acima apresentado, a profissão das mulheres grávidas era distribuída da seguinte forma: 1 mulher grávida era estudante representando 5% da amostra, 2 mulheres grávidas eram educadoras de infância representando 9% da amostra, 5 mulheres grávidas eram bancárias representando 22% da amostra, 5 mulheres grávidas eram administrativas representando 23% da amostra, 4 mulheres grávidas eram assistentes domésticas representando 18% da amostra, 2 mulheres grávidas eram cozinheiras representando 9% da amostra, 3 mulheres grávidas estavam desempregadas representando 14% da amostra.

Escolaridade: 12 licenciadas, 10 com o 9º e 12º ano.

Grávidas com estímulo de relaxamento (grupo experimental)

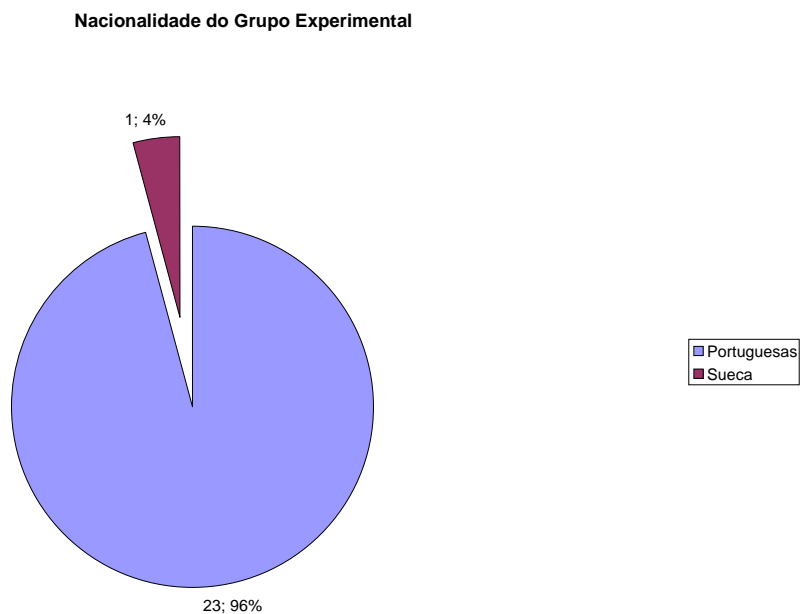


Gráfico 5. Nacionalidade do grupo experimental

De acordo com o Gráfico 5 acima apresentado, o grupo era constituído por 23 mulheres grávidas com nacionalidade portuguesa representando 96% da amostra e uma mulher grávida com nacionalidade sueca representando 4% da amostra.

Idade dos sujeitos, entre os 18 e 38 anos.

Estado Civil do Grupo Experimental

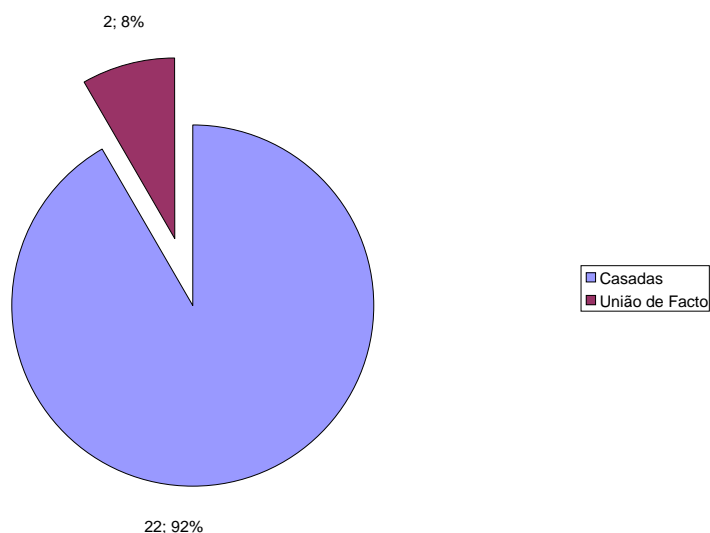


Gráfico 6. Estado civil do grupo experimental

De acordo com o Gráfico 6 acima, 22 mulheres grávidas do grupo experimental eram casadas, representando 92% da amostra, e 2 mulheres grávidas viviam em união de facto representando 8% da amostra.

Relativamente ao número de filhos: para 17 das mulheres grávidas era a primeira gravidez, e para 7 das mulheres grávidas era a segunda gravidez. A idade dos, filhos variava entre os 2 e 5 anos. A data dos partos do grupo experimental, aconteceu entre os meses de Outubro de 2008 e Março de 2009.

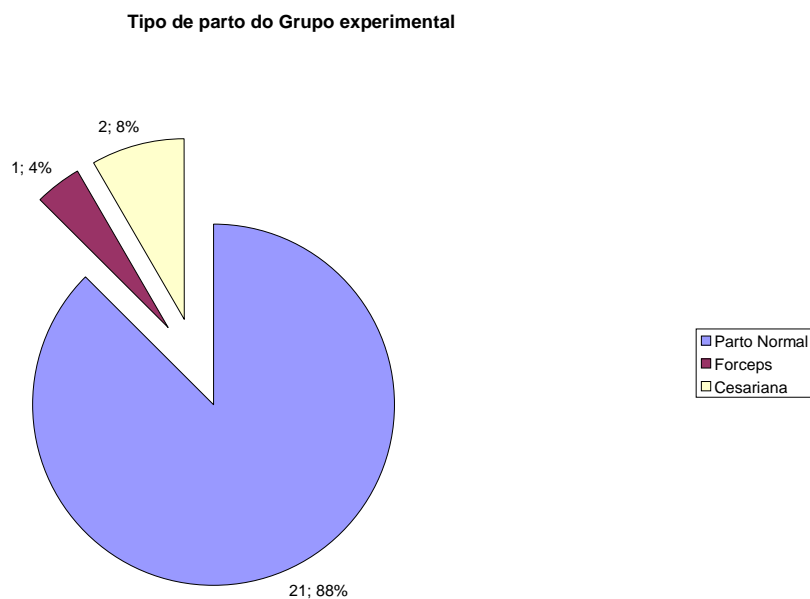


Gráfico 7. Tipo de parto do grupo com experimental

De acordo com o Gráfico 7 acima apresentado, 21 mulheres grávidas tiveram parto normal representando 88% da amostra, 2 mulheres grávidas tiveram parto por cesariana representando 8% da amostra e 1 mulher grávida teve o parto por fórceps representando 4% da amostra.

Local de residência: 22 mulheres grávidas residiam na Grande Lisboa, 1 mulher grávida residia em Portalegre, e 1 mulher grávida residia no Porto.

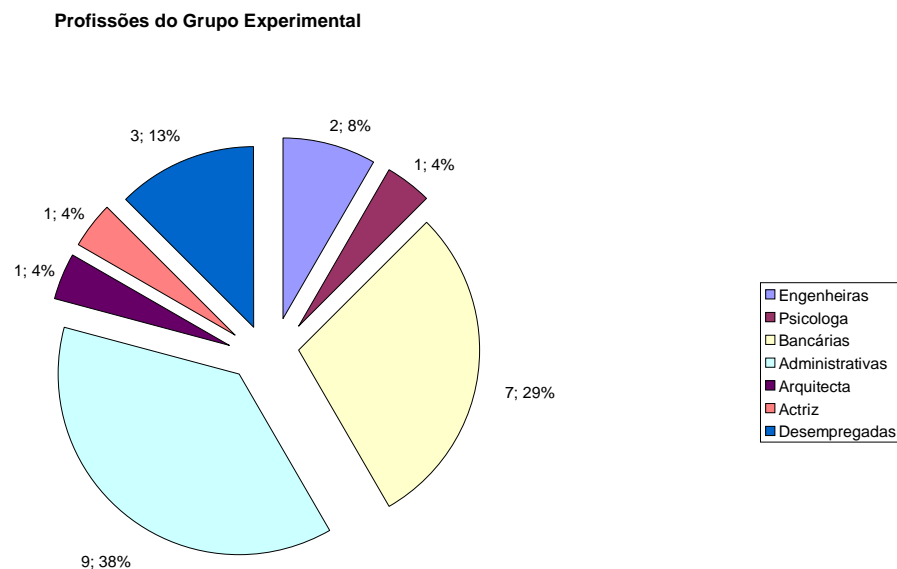


Gráfico 8. Profissões de Grupo com Estímulo

De acordo com o Gráfico 8 acima apresentado, a profissão das mulheres grávidas era distribuída da seguinte forma: 3 mulheres grávidas estavam desempregadas representando 13% da amostra, 1 mulher grávida era actriz representando 4% da amostra, 1 mulher grávida era arquitecta representando 4% da amostra, 9 mulheres grávidas eram administrativas representando 38% da amostra, 7 mulheres grávidas eram bancárias representando 29% da amostra, 1 mulher grávida era psicóloga representando 4% da amostra, 3 mulheres grávidas eram engenheiras representando 13% da amostra.

Escolaridade: 17 licenciadas, 7 com décimo segundo ano.

4.3. Hipóteses

H1 – Se a técnica do relaxamento é aplicada, então reduz o nível de stresse da mulher grávida.

H2 – Se a técnica do relaxamento é aplicada, então reduz o nível de ansiedade da mulher grávida.

H3 – Se a técnica do relaxamento é aplicada, então reduz o nível de depressão da mulher grávida.

H4 – Se a técnica do relaxamento é aplicada, então reduz a frequência cardíaca da mulher grávida.

H 5 – Se a técnica do relaxamento é aplicada, então, reduz a tensão sistólica da mulher grávida.

H6 – Se a técnica do relaxamento é aplicada, então, reduz a tensão diastólica da mulher grávida

4.4. Procedimentos

A escala teve dois momentos de aplicação:

1. Um primeiro momento, nomeadamente antes do início da prática regular de relaxamento;
2. Posteriormente, e após se ter dado início à prática de relaxamento de forma regular, a escala foi aplicada na última sessão.

Começámos por passar o questionário sócio-demográfico, a 200 mulheres no período de gravidez, nos Hospitais Civis, Departamento de Obstetrícia e Centros de Saúde, dos quais nos foram

devolvidos 46 questionários devidamente preenchidos. Foram igualmente entregues 200 questionários no Centro Pré e Pós-Parto em Lisboa, a mulheres grávidas inscritas em cursos de Preparação para o Parto.

O nosso trabalho de investigação passou, primeiro pela organização de *workshops* cujo tema foi o contacto intra-uterino, e a vinculação, com bastante adesão de futuros pais onde foram entregues os questionários sócio-demográfico e ficha de inscrição para aplicação da técnica do relaxamento e assinatura de protocolo com a grávida.

Processos de inclusão: as grávidas deveriam ter entre 18 e 38 anos, e estarem em estado de aceitação da sua gravidez.

Processos de exclusão: as grávidas que estavam em situação de gravidez, designadas para entregar o bebé para adopção.

² Mensalmente e no período de três meses, foram agendados dois *workshops*, um de sensibilização para, “contacto intra-uterino” e outro para “vinculação dos afectos”. Estes *workshops* tiveram muita adesão por parte dos futuros pais e mães e motivaram as mulheres grávidas para a aplicação do estímulo do relaxamento progressivo com música e visualização. A música utilizada foi a de Handel, som do movimento das ondas e som do bater do coração do bebé no útero materno.

A aplicação da técnica do estímulo pelo relaxamento semanal, foi bem aceite por cerca de 30 grávidas, sendo que duas tiveram abortos espontâneos, uma ao terceiro mês por mal formação do feto e a outra ao sexto mês por ter contraído um vírus gripal que se alojou na placenta. A segunda grávida foi submetida a intervenção cirúrgica para retirada do nado morto, as restantes não apareceram pelo que tivemos uma amostra de 24 grávidas (grupo experimental/investigação), com estímulo de relaxamento semanal. Durante a sessão as grávidas ficava confortavelmente sentadas, ou deitadas, numa posição de descanso.

² De referir que na nossa prática clínica, aceitamos grávidas para processo psicoterapêutico através da técnica de relaxamento com problemas de saúde mental, toxicodependentes e com comportamentos de risco e os resultados tem sido muito positivos.

A aplicação da técnica pelo estímulo de relaxamento foi aplicada semanalmente em sessões individuais durante nove meses, sendo que recebíamos diariamente, uma média de quatro mulheres grávidas o que totaliza em cinco dias a média vinte a vinte e cinco sessões, de 35 minutos, totalizando em nove meses cerca de 900 sessões de investigação/acção.

A partir da 21ª semana a grávida era convidada a estar na sessão de relaxamento acompanhada pelo marido ou companheiro.

A aplicação da técnica pelo relaxamento teve duas vertentes: numa primeira fase, em que a mulher grávida estava entre a 8ª e 20ª semana, teve como objectivo a interacção com o próprio corpo, no sentido de integração do universo interior, dos ossos, ligamentos, músculos, órgãos glândulas células, e sistemas, criando uma interacção entre o corpo explícito e o seu interior, numa segunda fase a partir da 21ª semana, a mãe em relaxamento profundo, através da indução expressou mentalmente sentimentos de amor incondicional, calma e bem-estar com o seu bebé e preparou o seu corpo e a sua mente para o momento do parto, de uma forma natural.

A frequência cardíaca, e tensão sistólica e diastólica, foram medidas (no momento 1) antes da primeira aplicação da técnica do relaxamento (e no momento 2) após a última aplicação da técnica de relaxamento.

4.5. Instrumentos Utilizados

a) **Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS, versão com 21 itens)** (ver anexo 1)

Os níveis de ansiedade, de depressão e de stresse foram medidos através da *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), desenvolvida por P. Lovibond e S. Lovibond em 1995, que é designada em português por *Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse* (EADS), versão de 21 itens. Os autores da escala desenvolveram uma escala que, teoricamente, se propunha cobrir a totalidade dos sintomas

de ansiedade e depressão, que satisfizessem padrões elevados de critérios psicométricos, e que fornecesse uma discriminação máxima entre estes dois constructos.

Contudo, a validação factorial desta escala apresentou um novo factor que incluía os itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e a depressão. Estes itens referiam-se a dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação. Este novo factor foi denominado pelos autores de «stresse» (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

A EADS assume que as perturbações mentais são **dimensionais** e não categoriais, ou seja, assume que as diferenças na depressão, ansiedade e stresse experimentadas por sujeitos normais e com perturbação, são essencialmente diferenças de grau. Desta forma, os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições entre “normal” e “muito grave” (Ribeiro et al., 2004).

Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Ribeiro et al. (2004). Participaram neste estudo 200 sujeitos (162 raparigas e 38 rapazes), estudantes de Psicologia dos três primeiros anos, com idade variando entre os 18 e 23 anos ($M = 19,79$, $DP = 1.11$), que constituíram uma amostra de conveniência. Dado que não foram encontradas diferenças significativas entre os dois sexos, nas três escalas, a amostra foi tratada como um único grupo.

A EADS organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stresse, incluindo cada uma delas sete itens, num total de 21 itens. A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos (Ribeiro et al., 2004).

Por sua vez, cada escala inclui vários conceitos, nomeadamente:

Depressão – Disforia (dois itens); Desânimo (dois itens); Desvalorização da Vida (dois itens); Auto-depreciação (dois itens); Falta de Interesse ou de Envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens);

Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esquelético (dois itens); Ansiedade Situacional (três itens); Experiências Subjectivas de Ansiedade (quatro itens);

Stresse – Dificuldade em Relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente Agitado/Chateado (três itens); Irritável/Reacção Exagerada (três itens); Impaciência (três itens) (Ribeiro et al., 2004).

Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de quatro pontos de gravidade e frequência: 0 = “não se aplicou nada a mim”, 1 = “aplicou-se a mim algumas vezes”, 2 = “aplicou-se a mim muitas vezes”, 3 = “aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Ribeiro et al., 2004).

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos. Os itens de EADS de 21 itens foram seleccionados de modo que possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois (Ribeiro et al., 2004).

O procedimento de validação consistiu numa análise em componentes principais com rotação oblíqua e normalização de Kaiser.³ A solução encontrada explica 50.35% da variância, em que o primeiro factor se refere ao stresse, o segundo à depressão e o terceiro à ansiedade. Verificou-se que os itens das escalas de depressão e de stresse carregam o factor a que pertencem de forma

³ Existem dois critérios principais que se usam para decidir que factores excluir. O primeiro, conhecido por **critério de Kaiser**, consiste em seleccionar os factores que têm um **valor próprio** ou *eigenvalue* superior a 1. Como a variância total de qualquer variável foi dado um valor standardizado de 1, o que este facto significa é que se excluem os factores que expliquem menos variância do que uma simples variável (Bryman & Cramer, 2003).

significativa e com uma discriminação relativamente ao valor da segunda carga factorial superior a 15 pontos, em todos os itens, excepto para o item 18 da escala de stresse que sobrecarrega uma carga idêntica à escala de ansiedade. A escala de ansiedade mostra dois itens com a carga mais elevada noutra dimensão e com uma carga discriminativa baixa para outros dois itens. A escala de ansiedade é a escala mais fraca no sentido que os itens se misturam com as outras escalas (Ribeiro et al., 2004).

A consistência interna foi inspeccionada com recurso ao alfa de Cronbach. Os resultados encontrados para a EADS foram respectivamente de .85 (.93 na versão de 14 itens) para a subescala de depressão, de .74 (.83 na versão de 14 itens) para a subescala de ansiedade e de .81 (.88 na versão de 14 itens) para a subescala de stresse. Como a consistência interna aumenta com o número de itens da escala, uma outra medida indicadora é a correlação item-escala a que pertence corrigida para sobreposição. Para a subescala de depressão, versão de sete itens, os valores variaram entre .55 e .72, com valores dominantes na casa dos .60; na versão de 14 itens as correlações variam entre .57 e .76, com valores dominantes na casa dos .70. Para a subescala de ansiedade os valores variaram entre .34 e .57, com valores dominantes na casa dos .50, enquanto para a versão de 14 itens esses valores foram entre .29 e .63, com valores dominantes na casa dos .40. Para a subescala de stresse os valores variaram entre .44 e .69 com valores dominantes na casa de .50; para a versão de 14 itens variaram entre .42 e .70, com valores dominantes igualmente na casa dos .50. Verificou-se que a magnitude de correlação item-escala a que pertence, corrigida para sobreposição foi semelhante para as versões de sete e 14 itens (Ribeiro et al., 2004).

A validade convergente-discriminante dos itens foi inspeccionada pela comparação da correlação do item com a escala a que pertence (corrigida para sobreposição) com as correlações com as escalas a que não pertence. Uma boa convergência/discriminação aponta para que os valores da correlação de Pearson (1997) com a escala a que pertence devem ser superiores aos dos valores com as escalas a que não pertence em cerca de .25 pontos. Em condições ideais os valores de correlação item-escala a que pertence deviam ser acima de .40 e abaixo de .30 com aquelas a que não pertence.

Somente o item nove não satisfaz o critério de maior valor da convergência versus discriminação. No entanto, os valores de correlação dos itens com as escalas a que não pertencem foram mais elevados do que seria ideal; em muitos casos próximos dos valores com a escala a que pertence. Tal sugere que há contaminação entre os constructos ansiedade, depressão e stresse, e que as subescalas avaliam constructos mais semelhantes do que diferentes, o que, apesar de tudo, está de acordo com a teoria geral subjacente a estes instrumentos (Ribeiro et al., 2004).

Os itens em que há sobreposição pertencem às escalas de stresse e de ansiedade, e são os que sugerem tensão e energia nervosa. Esta sobreposição sugere uma “natural continuidade entre as síndromas avaliadas pelas escalas de ansiedade e stresse, e o ponto de divisão entre as duas pode ser de certo modo arbitrário” (P. Lovibond & S. Lovibond, 1995, p. 342).

Dado que é suposto as versões de 21 e 42 itens da EADS meçam os mesmos constructos da mesma maneira, então a) a correlação entre as mesmas subescalas das duas versões deve ser elevada; e, b) as correlações de cada subescala com as restantes devem ser idêntica nas duas versões. De facto, verificou-se uma correlação elevada entre as mesmas subescalas da versão de 21 e a de 42 itens, com variâncias explicadas de 89%, 90% e 96%, respectivamente para o stresse, a ansiedade e a depressão. Verificou-se também uma correlação entre cada subescala e as restantes, nas duas versões. Estes resultados apontam para uma identidade das medidas das versões de 21 e de 42 itens (Ribeiro et al., 2004).

Dado que o objectivo da EADS é diferenciar medidas, como é o caso da ansiedade e da depressão, era esperado que as correlações entre as três subescalas fossem baixas. As correlações encontradas na versão de 21 itens, foram: .62 entre a subescala de stresse e de ansiedade, .56 entre a subescala de stresse e de depressão, e .52 entre a subescalas de ansiedade e de depressão (Ribeiro et al., 2004).

Estes resultados confirmaram que a versão portuguesa da EADS de 21 itens tem propriedades idênticas às da versão original, e que as três síndromas intituladas depressão, ansiedade e stresse

devem ser distinguidas em escalas de auto-relato. Confirmou também as propriedades psicométricas da presente versão reduzida, de acordo com o modelo tripartido. Na medida em que permite a diferenciação entre estes três estados, é uma medida útil quer para a investigação quer em uso clínico quando é necessário lidar com ligações complexas entre perturbações emocionais e exigências do meio (Ribeiro et al., 2004).

b) Programa semanal da técnica de relaxamento.

c) Monitor de medição de tensão e frequência cardíaca.

4.1.6. Plano de investigação e análise estatística

A experimentação baseada na amostragem apoia-se na análise estatística; para esse efeito, deve seguir a lógica dos testes de hipóteses (Deshaies, 1997).

Os testes estatísticos podem distinguir-se por analisarem conjuntos de resultados (dados) emparelhados, ou não-emparelhados. Temos assim:

1. **Testes estatísticos para grupos ou amostras emparelhadas** (também designadas por ligadas, dependentes, correlacionadas, não-independentes, a par ou relacionadas). Os resultados gerados pelos planos (desenhos) de investigação relacionados: (1) plano de sujeitos emparelhados (*matched-subjects design*); e (2) plano do grupo único, de medidas repetidas (*repeated-measurement design*) ou intra-sujeitos (*within-subjects design or own-control design*) (e.g., plano pré-teste/pós-teste com um só grupo, de painel ou «antes e depois»), são analisados através deste tipo de testes estatísticos;

2. **Testes estatísticos para grupos ou amostras independentes** (também designadas por não-emparelhadas, não correlacionadas ou não-relacionadas). Os resultados gerados pelos planos (desenhos) de investigação não-relacionados, também designados por planos de grupos emparelhados elemento a elemento, de sujeitos independentes ou intersujeitos (*between-subjects design or between-groups design*), são analisados através deste tipo de testes estatísticos (Bryman & D. Cramer, 2003; Burns, 2000; Clegg, 1995; Coelho, Cunha, & Martins, 2008; Ferguson & Takane, 1989; Green & Oliveira, 1991; Levin, 1987; Pestana & Gageiro, 2000). Existem testes estatísticos para duas amostras independentes (e.g., Teste *t* de Student) e outros para *k* amostras independentes (e.g., Análise da Variância) (Barreiros, Colaço, & Preto, 1986).

Por exemplo, consideremos um plano pré-teste/pós-teste com grupo de controlo ou plano 4:

A	0 ₁	X	0 ₂
A	0 ₃		0 ₄

A → significa que os sujeitos foram distribuídos aleatoriamente pelos grupos (casualização ou aleatorização)

X → significa tratamento experimental

O efeito do tratamento (X) é avaliado, comparando as pontuações adquiridas (ou seja, o pós-teste menos o pré-teste) entre o grupo experimental e o grupo de controlo, a nível da variável dependente, através de um teste *t* para amostras independentes (Heiman, 1998; Jesuíno, 1986; Thomas & Nelson, 1996; Tuckman, 2000). Também se utiliza com frequência, a Análise da Covariância (ANCOVA) (Carmo & Ferreira, 1998; Jesuíno, 1986; Thomas & Nelson, 1996; Tuckman, 2000), funcionando os pré-testes como covariada (Jesuíno, 1986). Outra solução consiste na utilização da Análise da Variância (ANOVA) a dois factores, para examinar a interacção entre os dois factores (variáveis independentes) (Heiman, 1998; Thomas & Nelson, 1996). O primeiro factor

é o tratamento versus não-tratamento (intersujeitos) e o segundo factor é o pré-teste versus pós-teste (intra-sujeitos ou medidas repetidas) (Thomas & Nelson, 1996).

Para determinar a eficácia do tratamento, podemos também comparar os resultados do pós-teste dos dois grupos. O pré-teste é utilizado para verificar se os grupos são equivalentes em relação à variável dependente (Carmo & Ferreira, 1998), isto é, verificar se há ou não diferença significativa entre os resultados O_1 e O_2 . Se um dos grupos possuir inicialmente um nível da variável dependente significativamente diferente do outro, a investigação não poderá prosseguir, tendo que se escolher outros grupos (Sousa, 2005). Se são equivalentes, os resultados do pós-teste podem ser directamente comparados usando um teste t para amostras independentes (Carmo & Ferreira, 1998).

Outra forma de avaliar o efeito do tratamento, consiste em aplicar um teste t (para amostras emparelhadas/relacionadas), separadamente à diferença $O_2 - O_1$ e à diferença $O_4 - O_3$. Se a primeira diferença se revelar significativa e a segunda não, conclui-se que X provoca um efeito significativo (Heiman, 1998; Jesuíno, 1986). O principal inconveniente deste procedimento é não fornecer qualquer comparação estatística entre o grupo experimental e o de controlo (Jesuíno, 1986).

Em termos de análise estatística descritiva, foram calculados valores mínimos e máximos, médias e desvios-padrão dos valores das variáveis em estudo, assim como foram calculados coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) e intercorrelações entre as pontuações das três escalas do instrumento (EADS) (coeficiente ordinal de Spearman).

Para a inferência estatística, recorreremos aos testes não-paramétricos de Mann-Whitney e de Wilcoxon. O nível de significância dos testes (α) foi estabelecido a .05 (5%).

Os dados recolhidos foram tratados através de um programa informático, neste caso o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Em termos de análise estatística descritiva, foram calculados os valores mínimos e máximos, médias e desvios-padrão dos valores das variáveis em estudo, assim como foram calculados

coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) e intercorrelações entre as pontuações das três escalas do instrumento (EADS) (coeficiente ordinal de Spearman). (ver Anexo I).

b) A medição da tensão sistólica e diastólica, bem como a frequência cardíaca por minuto, foram aplicadas antes e após a primeira e última sessão do estímulo da técnica do relaxamento, através do monitor de medição de Tensão e Frequência cardíaca (*Omeron MX3 Plus HEM-742-E*).

Capítulo V – Apresentação de Resultados

A análise da consistência interna das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, revelou os valores de .90 na escala de Ansiedade, .87 na escala de Depressão e .89 na escala de Stresse, no primeiro momento da recolha de dados, e os valores de .83 na escala de Ansiedade, .84 na escala de Depressão e .86 na escala de Stresse, no segundo momento da recolha de dados. Estes valores são considerados bons.⁴

No Quadro 1 são apresentadas as intercorrelações entre as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, no momento 1, calculadas através do coeficiente ordinal de Spearman (ρ).

Quadro 1

Intercorrelações entre as escalas da EADS – momento 1

Subescala	1	2	3
Grávidas submetidas ao estímulo ($n = 24$)			
1. Ansiedade	--	.85**	.86**
2. Depressão		--	.85**
3. Stresse			--
Grávidas não submetidas ao estímulo ($n = 22$)			
1. Ansiedade	--	.69**	.78**

⁴ O coeficiente de fiabilidade (fidedignidade, fidelidade, confiabilidade, precisão, garantia) varia de 0 a 1; quanto mais perto estiver de 1 maior fiabilidade interna tem a escala (Bryman & Cramer, 2003). A escala seguinte dá uma indicação aproximada para avaliar o valor do alfa de Cronbach: maior que .9 **Excelente**; entre .8 e .9 **Bom**; entre .7 e .8 **Razoável**; entre .6 e .7 **Fraco**; menor que .6 **Inaceitável** (M. Hill & A. Hill, 2000).

2. Depressão	--	.81**
3. Stresse		--

** $p = .01$ (bilateral)

Como podemos verificar pela análise do Quadro 1, todas as correlações encontradas foram positivas (directas), moderadas⁵ e altamente significativas.

No Quadro 2 são apresentadas as intercorrelações entre as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, no momento 2, calculadas através do coeficiente ordinal de Spearman (ρ).

Quadro 2

Intercorrelações entre as escalas da EADS – momento 2

Subescala	1	2	3
Grávidas submetidas ao estímulo ($n = 24$)			
1. Ansiedade	--	.81**	.72**
2. Depressão		--	.66**
3. Stresse			--
Grávidas não submetidas ao estímulo ($n = 22$)			
1. Ansiedade	--	.70**	.62**
2. Depressão		--	.80**
3. Stresse			--

** $p = .01$ (bilateral)

Como podemos constatar pela análise do Quadro 2, todas as correlações encontradas foram positivas (directas), moderadas e altamente significativas.

No Quadro 3 são apresentados os valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão das pontuações nas três subescalas da EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, obtidas pelos

⁵ Segundo Levin (1987), quando o coeficiente de correlação varia entre $\pm .50$ e $\pm .95$, a intensidade da correlação é classificada como **moderada**.

participantes do grupo experimental ($n = 24$), antes do início das sessões de relaxamento (momento 1).

Quadro 3

Valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão das pontuações nas três subescalas da EADS, obtidas no momento 1, pelos participantes do grupo experimental (com relaxamento)

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
EADS – Subescala de Ansiedade	24	0	18	4.29	4.62
EADS – Subescala de Depressão	24	0	15	5.71	4.17
EADS – Subescala de Stresse	24	0	20	11.29	5.56

A análise do Quadro 3 revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo experimental, no momento 1 (antes do início das sessões de relaxamento), foram 4.29 ($DP = 4.62$) na subescala de Ansiedade, 5.71 ($DP = 4.17$) na subescala de Depressão, e 11.29 ($DP = 5.56$) na subescala de Stresse. Recorde-se que as pontuações de cada subescala da EADS podem variar entre “0” (mínimo) e “21” (máximo). Assim, as pontuações médias das subescalas de Ansiedade e Depressão estão bastante abaixo do meio da escala dos valores possíveis, enquanto que a pontuação da subescala de Stresse está ligeiramente acima desse ponto.

No Quadro 4 são apresentados os valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão das pontuações nas três subescalas da EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, obtidas pelos participantes do grupo de controlo ($n = 22$), no momento 1.

Quadro 4

Valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão das pontuações nas três subescalas da EADS, obtidas no momento 1, pelos participantes do grupo de controlo (sem relaxamento)

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
EADS – Subescala de Ansiedade	22	0	14	3.18	3.89
EADS – Subescala de Depressão	22	0	15	3.59	3.51
EADS – Subescala de Stresse	22	4	16	9.14	3.35

A análise do Quadro 4 revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo de controlo, no momento 1, foram 3.18 ($DP = 3.89$) na subescala de Ansiedade, 3.59 ($DP = 3.51$) na subescala de Depressão, e 9.14 ($DP = 3.35$) na subescala de Stresse. As pontuações médias das subescalas de Ansiedade e Depressão estão bastante abaixo do meio da escala dos valores possíveis, enquanto que a pontuação da subescala de Stresse está ligeiramente abaixo desse ponto.

No Quadro 5 são apresentados os valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão das pontuações nas três subescalas da EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, pelos participantes do grupo experimental ($n = 24$), após o término das sessões de relaxamento (momento 2).

Quadro 5

Valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão das pontuações nas três subescalas da EADS, obtidas no momento 2, pelos participantes do grupo experimental (com relaxamento)

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
EADS – Subescala de Ansiedade	24	0	11	1.92	3.09
EADS – Subescala de Depressão	24	0	11	3.25	3.17
EADS – Subescala de Stresse	24	0	14	7.58	4.26

A análise do Quadro 5 revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo experimental, no momento 2 (após o término das sessões de relaxamento), foram 1.92 ($DP = 3.09$) na subescala de Ansiedade, 3.25 ($DP = 3.17$) na subescala de Depressão, e 7.58 ($DP = 4.26$) na subescala de Stresse. As pontuações médias das subescalas de Ansiedade e Depressão estão bastante abaixo do meio da escala dos valores possíveis, enquanto que a pontuação da subescala de Stresse está ligeiramente abaixo desse ponto.

No Quadro 6 são apresentados os valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão das pontuações nas três subescalas da EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, obtidas pelos participantes do grupo de controlo ($n = 22$), no momento 2.

Quadro 6

Valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão das pontuações nas três subescalas da EADS, obtidas no momento 2, pelos participantes do grupo de controlo (sem relaxamento)

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
EADS – Subescala de Ansiedade	22	0	8	2.23	2.02
EADS – Subescala de Depressão	22	1	10	4.05	2.83
EADS – Subescala de Stresse	22	5	17	9.86	3.13

A análise do Quadro 6 revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo de controlo, no momento 2, foram 2.23 ($DP = 2.02$) na subescala de Ansiedade, 4.05 ($DP = 2.83$) na subescala de Depressão, e 9.86 ($DP = 3.13$) na subescala de Stresse. As pontuações médias das subescalas de

Ansiedade e Depressão estão bastante abaixo do meio da escala dos valores possíveis, enquanto que a pontuação da subescala de Stresse está ligeiramente abaixo desse ponto.

Uma vez que estávamos a trabalhar com amostras pequenas ($n < 30$), foi necessário verificar, através dos testes de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk, se as distribuições das variáveis eram normais. Se esta premissa não fosse cumprida, inviabilizaria a utilização de testes estatísticos paramétricos (Bryman & D. Cramer, 2003; Clegg, 1995; Triola, 1999). Tal não veio a confirmar-se, pelo que recorreu-se a testes não-paramétricos. Muitas provas não-paramétricas referem-se à ordem ou posto, dos dados, e não aos seus valores numéricos; e outras técnicas não-paramétricas são ainda aplicáveis mesmo quando não seja possível uma ordenação dos dados (e.g., com dados classificados/nominais), independentemente da forma da distribuição da população ou das populações (Siegel, 1975).

Recorde-se que o plano de investigação era quasi-experimental, do tipo plano com grupo de controlo não equivalente:

Grupo experimental 0_1 X 0_2

Grupo de controlo 0_1 0_2

X \rightarrow significa tratamento experimental

Uma forma de avaliar o efeito do tratamento, consistiu em aplicar um teste t para amostras emparelhadas/relacionadas (ou a sua alternativa não-paramétrica), separadamente à diferença $0_2 - 0_1$ no grupo experimental e à diferença $0_2 - 0_1$ no grupo de controlo. Se a primeira diferença se revelar significativa e a segunda não, conclui-se que X (o tratamento) provoca um efeito significativo (Heiman, 1998; Jesuíno, 1986). O principal inconveniente deste procedimento é não fornecer qualquer comparação estatística entre o grupo experimental e o de controlo (Jesuíno, 1986).

No Quadro 7 são apresentados as médias, desvios-padrão e médias dos postos negativos e positivos, das pontuações obtidas nas três subescalas da EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, pelos participantes do grupo experimental, no momento 1 (antes do tratamento) e no momento 2 (após o término do tratamento).

Quadro 7

Médias, desvios-padrão e médias dos postos negativos e positivos, das pontuações obtidas nas três subescalas da EADS, pelos participantes do grupo experimental, no momento 1 (antes do tratamento) e no momento 2 (após o término do tratamento)

EADS – Subescala de Ansiedade					
	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Média dos postos negativos	Média dos postos positivos
Momento 1	24	4.29	4.62		
Momento 2	24	1.92	3.09	9.21	14.50
EADS – Subescala de Depressão					
	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Média dos postos negativos	Média dos postos positivos
Momento1	24	5.71	4.17		
Momento 2	24	3.25	3.17	10.69	9.75
EADS – Subescala de Stresse					
	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Média dos postos negativos	Média dos postos positivos
Momento 1	24	11.29	5.56		
Momento 2	24	7.58	4.26	11.95	8.67

A análise do Quadro 7 revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo experimental nas subescalas de Ansiedade Depressão, e Stresse da EADS foram menores no momento 2 do que no momento 1.

No Quadro 8 são apresentados os resultados do Teste de Wilcoxon, teste não-paramétrico alternativo ao teste t para duas amostras emparelhadas/relacionadas (ou Teste t de pares), que foi utilizado para verificar se houve uma redução significativa das pontuações obtidas nas três subescalas da EADS – *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse*, pelos participantes do grupo experimental, do momento 1 (antes do tratamento – sessões de relaxamento) para o momento 2 (após o término do tratamento).

Quadro 8

Resultados da comparação das pontuações obtidas nas três subescalas da EADS, pelos participantes do grupo experimental, no momento 1 (antes do tratamento) e no momento 2 (após o término do tratamento), através do Teste de Wilcoxon

EADS – Subescala de Ansiedade	
Estatística de teste (Z)	Valor p (bilateral)
-3.10 ^a	.002
EADS – Subescala de Depressão	
Estatística de teste (Z)	Valor p (bilateral)
-4.77 ^a	.014
EADS – Subescala de Stresse	
Estatística de teste (Z)	Valor p (bilateral)
-3.27 ^a	.001

^a Com base nos postos positivos

Pela análise do Quadro 8, podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, foram encontradas reduções significativas das pontuações obtidas pelos participantes do grupo experimental, do momento 1 (antes do tratamento) para o momento 2 (após o término do tratamento),

quer na subescala de Ansiedade, $Z = -3.10$, $p = .002$, quer na subescala de Depressão, $Z = -4.77$, $p = .014$, como também na subescala de Stresse da EADS, $Z = -3.27$, $p = .001$.

No Quadro 9 são apresentados as médias, desvios-padrão e médias dos postos negativos e positivos, das pontuações obtidas nas três subescalas da EADS – Escalas de Ansiedade Depressão e Stresse, pelos participantes do grupo de controlo, no momento 1 e no momento 2.

Quadro 9

Médias, desvios-padrão e médias dos postos negativos e positivos, das pontuações obtidas nas três subescalas da EADS, pelos participantes do grupo de controlo, no momento 1 e no momento 2

EADS – Subescala de Ansiedade					
	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Média dos postos negativos	Média dos postos positivos
Momento 1	22	3.18	3.89		
Momento 2	22	2.23	2.02	10.11	7.75
EADS – Subescala de Depressão					
	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Média dos postos negativos	Média dos postos positivos
Momento1	22	3.59	3.51		
Momento 2	22	4.05	2.83	8.69	10.15
EADS – Subescala de Stresse					
	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Média dos postos negativos	Média dos postos positivos
Momento 1	22	9.14	3.35		
Momento 2	22	9.86	3.13	10.93	11.04

A análise do Quadro 9 revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo de controlo nas subescalas de Depressão, Ansiedade e Stresse da EADS foram menores no momento 2 do que no momento 1.

No Quadro 10 são apresentados os resultados do Teste de Wilcoxon, teste não-paramétrico alternativo ao teste t para duas amostras emparelhadas/relacionadas (ou Teste t de pares), que foi utilizado para verificar se houve diferenças significativas entre as pontuações obtidas nas três subescalas da EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, pelos participantes do grupo de controlo, no momento 1 e no momento 2.

Quadro 10

Resultados da comparação das pontuações obtidas nas três subescalas da EADS, pelos participantes do grupo de controlo, no momento 1 e no momento 2, através do Teste de Wilcoxon

EADS – Subescala de Ansiedade	
Estatística de teste (Z)	Valor p (bilateral)
-.69 ^a	.485
EADS – Subescala de Depressão	
Estatística de teste (Z)	Valor p (bilateral)
-.72 ^a	.470
EADS – Subescala de Stresse	
Estatística de teste (Z)	Valor p (bilateral)
-1.36 ^a	.171

^a Com base nos postos positivos

Pela análise do Quadro 10, podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, não foram encontradas diferenças significativas nas pontuações obtidas pelos participantes do grupo de controlo, no momento 1 e no momento 2, quer na subescala de Ansiedade, $Z = -.69$, $p = .485$, quer na subescala de Depressão, $Z = -.72$, $p = .470$, como também na subescala de Stresse da EADS, $Z = -1.36$, $p = .171$.

Foi assim encontrada alguma evidência relativamente à eficácia do programa de relaxamento, na redução dos níveis de depressão, ansiedade e stresse, da mulher grávida.

Todavia, neste tipo de planos de investigação, o efeito do tratamento (X) pode também ser avaliado, comparando as pontuações adquiridas (ou seja, o pós-teste menos o pré-teste) entre o grupo experimental e o grupo de controlo, a nível da variável dependente, através de um teste *t* para amostras independentes (ou a sua alternativa não-paramétrica) (Heiman, 1998; Jesuíno, 1986; Thomas & Nelson, 1996; Tuckman, 2000).

No Quadro 11 estão apresentadas as médias, desvios-padrão e médias dos postos, das pontuações adquiridas nas três subescalas da EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, pelos participantes dos dois grupos em comparação.

Quadro 11

Médias, desvios-padrão e médias dos postos, das pontuações adquiridas pelos participantes nas três subescalas da EADS, pelos participantes dos dois grupos em comparação

EADS – Subescala de Ansiedade				
Grupo	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Média do posto
Experimental	24	-2.38	3.29	19.35
Controlo	22	-.95	3.73	28.02
EADS – Subescala de Depressão				
Grupo	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Média do posto
Experimental	24	-2.46	4.14	18.23
Controlo	22	.45	2.84	29.25
EADS – Subescala de Stresse				
Grupo	<i>n</i>	Média	Desvio-padrão	Média do posto
Experimental	24	-3.71	4.05	16.56
Controlo	22	.73	3.15	31.07

Verificou-se, pela análise do Quadro 11 que, as médias das pontuações adquiridas nas três subescalas da EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, foram maiores no grupo experimental.

No Quadro 12 são apresentados os resultados do Teste *U* de Mann-Whitney, teste não-paramétrico alternativo ao teste *t* para duas amostras independentes (ou Teste *t* de Student), que foi utilizado para verificar se houve diferenças significativas entre as pontuações adquiridas pelos participantes dos dois grupos (experimental e de controlo), nas três subescalas da EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse.

Quadro 12

Resultados da comparação das pontuações adquiridas pelos participantes dos dois grupos (experimental e de controlo), nas três subescalas da EADS, através do Teste U de Mann-Whitney

EADS – Subescala de Ansiedade	
Estatística de teste (<i>U</i>)	Valor <i>p</i> (bilateral)
164.50	.027
EADS – Subescala de Depressão	
Estatística de teste (<i>U</i>)	Valor <i>p</i> (bilateral)
137.50	.005
EADS – Subescala de Stresse	
Estatística de teste (<i>U</i>)	Valor <i>p</i> (bilateral)
97.50	.000

Pela análise do Quadro 12, podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, foram encontradas diferenças significativas nas pontuações adquiridas pelos dois grupos, quer na

subescala de Ansiedade, $U = 164.50$, $p = .027$, quer na subescala de Depressão, $U = 137.50$, $p = .005$, como também na subescala de Stresse da EADS, $U = 97.50$, $p = .000$.

Está assim reforçada a evidência relativamente à eficácia do programa de relaxamento, na redução dos níveis de depressão, ansiedade e stresse, da mulher grávida.

No Quadro 13 estão apresentados os valores mínimo e máximos, médias e desvios-padrão da frequência cardíaca (n.º de batimentos por minuto) em 24 dos participantes do grupo experimental, antes e depois do estímulo ou tratamento (sessões de relaxamento).

Quadro 13

Valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão da frequência cardíaca de 24 dos participantes do grupo experimental, antes e após o estímulo (bpm)

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Frequência cardíaca antes do estímulo (relaxamento)	24	64	85	75.17	4.62
Frequência cardíaca depois do estímulo (relaxamento)	24	64	80	73.74	4.35

A análise do Quadro 13 revela que a média da frequência cardíaca obtida por 24 dos participantes do grupo experimental foi menor no momento 2 do que no momento 1.

No Quadro 14 são apresentados os resultados do Teste de Wilcoxon, teste não-paramétrico alternativo ao teste *t* para duas amostras emparelhadas/relacionadas (ou Teste *t* de pares), que foi utilizado para verificar se houve uma redução significativa da frequência cardíaca de 24 dos participantes do grupo experimental, do momento 1 para o momento 2.

Quadro 14

Resultados da comparação da frequência cardíaca de 24 dos participantes do grupo experimental, no momento 1 e no momento 2, através do Teste de Wilcoxon

Estatística de teste (Z)	Valor p (bilateral)
-2.81	.005

Pela análise do Quadro 14 podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, foram encontradas diferenças significativas entre os dois momentos, $Z = -2.81$, $p = .005$.

No Quadro 15 estão apresentados os valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão da tensão sistólica (mm Hg) de 24 dos participantes do grupo experimental, antes e depois do estímulo (técnica de relaxamento).

Quadro 15

Valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão da tensão sistólica de 24 dos participantes do grupo experimental, antes e após o estímulo (mm Hg)

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Tensão sistólica antes do estímulo (relaxamento)	24	108	154	126.35	14.52
Tensão sistólica depois do estímulo (relaxamento)	24	110	150	122.43	12.16

A análise do Quadro 15 revela que a média da tensão sistólica obtida por 24 dos participantes do grupo experimental foi menor no momento 2 do que no momento 1.

No Quadro 16 são apresentados os resultados do Teste de Wilcoxon, teste não-paramétrico alternativo ao teste t para duas amostras emparelhadas/relacionadas (ou Teste t de pares), que foi utilizado para verificar se houve uma redução significativa da tensão sistólica de 24 dos participantes do grupo experimental, do momento 1 para o momento 2.

Quadro 16

Resultados da comparação da tensão sistólica de 24 dos participantes do grupo experimental, no momento 1 e no momento 2, através do Teste de Wilcoxon

Estatística de teste (Z)	Valor p (bilateral)
-2.85	.004

Pela análise do Quadro 16 podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, foram encontradas diferenças significativas entre os dois momentos, $Z = -2.85$, $p = .004$.

No Quadro 17 estão apresentados os valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão da tensão diastólica (mm Hg) de 24 dos participantes do grupo experimental, antes e depois do estímulo (técnica de relaxamento).

Quadro 17

Valores mínimo e máximo, médias e desvios-padrão da tensão diastólica de 24 dos participantes do grupo experimental, antes e após o estímulo (mm Hg)

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Tensão diastólica antes do estímulo (relaxamento)	24	60	110	77.78	13.03
Tensão diastólica depois do estímulo relaxamento)	24	55	97	74.57	11.53

A análise do Quadro 17 revela que a média da tensão diastólica obtida por 24 dos participantes do grupo experimental foi menor no momento 2 do que no momento 1.

No Quadro 18 são apresentados os resultados do Teste de Wilcoxon, teste não-paramétrico alternativo ao teste *t* para duas amostras emparelhadas/relacionadas (ou Teste *t* de pares), que foi utilizado para verificar se houve uma redução significativa da tensão diastólica de 24 dos participantes do grupo experimental, do momento 1 para o momento 2.

Quadro 18

Resultados da comparação da tensão diastólica de 24 dos participantes do grupo experimental, no momento 1 e no momento 2, através do Teste de Wilcoxon

Estadística de teste (<i>Z</i>)	Valor <i>p</i> (bilateral)
-2.28	.023

Pela análise do Quadro 18 podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, foram encontradas diferenças significativas entre os dois momentos, $Z = -2.28$, $p = .023$.

Capítulo VI – Discussão de Resultados

Nesta fase do nosso trabalho de investigação sobre os resultados da técnica por estímulo do relaxamento no período da gravidez, aplicado a dois grupos, o grupo 1 com estímulo de relaxamento no total de 24 grávidas (grupo experimental) e o grupo 2 sem estímulo de relaxamento no total de 22 grávidas (grupo de controlo), chega o momento de procurar dar um sentido aos resultados encontrados através do questionário das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS), versão 21 itens.

A EADS, assume que as perturbações mentais são dimensionais e não categoriais, ou seja assume que as diferenças na ansiedade, depressão e stresse experimentadas por sujeitos normais e com perturbação, são essencialmente diferenças de grau.

De sublinhar que nesta amostra não incluímos grávidas com quadro de perturbações em saúde mental.

Observamos neste estudo que o período de transição entre a gravidez, o parto e pós parto, são as grávidas do grupo de controlo, com menor suporte social e sem serem submetidas ao estímulo da técnica do relaxamento, que ficam mais vulneráveis a estados de ansiedade depressão e stresse. Temos pedidos de acompanhamento psicoterapêutico por parte de mulheres que se apresentam na consulta com quadros psicológicos de depressão pós-parto.

Considerámos o momento 1 (antes do tratamento) e o momento 2 (após o término do tratamento), para as grávidas do grupo experimental, que se submeteram à aplicação do estímulo da técnica do relaxamento.

Como podemos verificar pela análise do Quadro 1, foram apresentadas as intercorrelações entre as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse no momento 1 sendo que todas as correlações encontradas foram positivas (directas), moderadas e altamente significativas.

Como podemos constatar pela análise do Quadro 2, foram apresentadas as intercorrelações entre as Escalas da EADS no momento 2 e todas as correlações encontradas foram positivas (directas), moderadas e altamente significativas.

Assim, as pontuações médias das subescalas de ansiedade e depressão estão bastante abaixo do meio da escala dos valores possíveis, enquanto que a pontuação da subescala de stresse está ligeiramente acima desse ponto.

A análise do Quadro 3, intercorrelações entre as Escalas da EADS, revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo experimental, no momento 1 (antes do início das sessões de relaxamento), foram 4.29 ($DP = 4.62$) na subescala de ansiedade, 5.71 ($DP = 4.17$) na subescala de depressão, e 11.29 ($DP = 5.56$) na subescala de stresse. Recorde-se que as pontuações de cada subescala da EADS podem variar entre “0” (mínimo) e “21” (máximo). Assim, as pontuações médias das subescalas de ansiedade e depressão estão bastante abaixo do meio da escala dos valores possíveis, enquanto que a pontuação da subescala de stresse está ligeiramente acima desse ponto.

A análise do Quadro 4 revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo de controlo, no momento 1, foram 3.18 ($DP = 3.89$) na subescala de ansiedade, 3.59 ($DP = 3.51$) na subescala de depressão, e 9.14 ($DP = 3.35$) na subescala de stresse. As pontuações médias das subescalas de Ansiedade e Depressão estão bastante abaixo do meio da escala dos valores possíveis, enquanto que a pontuação da subescala de stresse está ligeiramente abaixo desse ponto.

A análise do Quadro 5 revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo experimental, no momento 2 (após o término das sessões de relaxamento), foram 1.92 ($DP = 3.09$) na subescala de ansiedade, 3.25 ($DP = 3.17$) na subescala de depressão, e 7.58 ($DP = 4.26$) na subescala de stresse. As pontuações médias das subescalas de ansiedade e depressão estão bastante abaixo do meio da escala dos valores possíveis, enquanto que a pontuação da subescala de stresse está ligeiramente abaixo desse ponto.

A análise do Quadro 6 revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo de controlo, no momento 2, foram 2.23 ($DP = 2.02$) na subescala de ansiedade, 4.05 ($DP = 2.83$) na subescala de depressão, e 9.86 ($DP = 3.13$) na subescala de stresse. As pontuações médias das subescalas de ansiedade e depressão estão bastante abaixo do meio da escala dos valores possíveis, enquanto que a pontuação da subescala de stresse está ligeiramente abaixo desse ponto.

A análise do Quadro 7 revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo experimental nas subescalas de ansiedade depressão, e stresse da EADS foram menores no momento 2 do que no momento 1.

Pela análise do Quadro 8, podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, foram encontradas reduções significativas das pontuações obtidas pelos participantes do grupo experimental, do momento 1 (antes do tratamento) para o momento 2 (após o término do tratamento), quer na subescala de ansiedade, $Z = -3.10$, $p = .002$, quer na subescala de depressão, $Z = -4.77$, $p = .014$, como também na subescala de stresse da EADS, $Z = -3.27$, $p = .001$.

A análise do Quadro 9 revela que as médias obtidas pelos participantes do grupo de controlo nas subescalas de depressão, ansiedade e stresse da EADS foram menores no momento 2 do que no momento 1.

Pela análise do Quadro 10, podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, não foram encontradas diferenças significativas nas pontuações obtidas pelos participantes do grupo de controlo, no momento 1 e no momento 2, quer na subescala de ansiedade, $Z = -.69$, $p = .485$, quer na subescala de depressão, $Z = -.72$, $p = .470$, como também na subescala de stresse da EADS, $Z = -1.36$, $p = .171$.

Foi assim encontrada alguma evidência relativamente à eficácia do programa de relaxamento, na redução dos níveis de depressão, ansiedade e stresse, da mulher grávida.

Verificou-se, pela análise do Quadro 11 que, as médias das pontuações adquiridas nas três subescalas da EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, foram maiores no grupo experimental.

Pela análise do Quadro 12, podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, foram encontradas diferenças significativas nas pontuações adquiridas pelos dois grupos, quer na subescala de ansiedade, $U = 164.50$, $p = .027$, quer na subescala de depressão, $U = 137.50$, $p = .005$, como também na subescala de stresse da EADS, $U = 97.50$, $p = .000$.

Está assim reforçada a evidência relativamente à eficácia do programa de relaxamento na redução dos níveis de depressão, ansiedade e stresse, da mulher grávida.

A análise do Quadro 13 revela que a média da frequência cardíaca obtida por 24 dos participantes do grupo experimental foi menor no momento 2 do que no momento 1.

Pela análise do Quadro 14 podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, foram encontradas diferenças significativas entre os dois momentos, $Z = -2.81$, $p = .005$.

A análise do Quadro 15 revela que a média da tensão sistólica obtida por 24 dos participantes do grupo experimental foi menor no momento 2 do que no momento 1.

Pela análise do Quadro 16 podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, foram encontradas diferenças significativas entre os dois momentos, $Z = -2.85$, $p = .004$.

A análise do Quadro 17 revela que a média da tensão diastólica obtida por 24 dos participantes do grupo experimental foi menor no momento 2 do que no momento 1.

Pela análise do Quadro 18 podemos constatar que, com um nível de significância (α) de .05, foram encontradas diferenças significativas entre os dois momentos, $Z = -2.28$, $p = .023$.

Nos Quadros 13 a 18, aplicámos o teste não-paramétrico de Wilcoxon, que revelou diferenças positivas entre o momento 1 e o momento 2, com evidência significativa da redução da média da frequência cardíaca, bem como nivelamento da média de tensão sistólica e diastólica.

Sentimos que para terminar esta reflexão sobre os resultados encontrados, é importante referirmos o contributo que julgamos ter dado, ao nível das medidas de avaliação da ansiedade, depressão e stresse (EADS), e da satisfação com a vida, demonstrada e validada pela amostra das mulheres que no período da gravidez aceitaram ser submetidas ao estímulo pela técnica do relaxamento. Esta investigação proporciona um suporte importante para a validade dos instrumentos utilizados, que registaram valores de consistência interna, na sua globalidade muito satisfatórios e estruturas factoriais congruentes com as já existentes e identificadas em estudos anteriores de validação.

Capítulo VII – Conclusões

O efeito do relaxamento continuado que, a ter eficácia na redução dos níveis do cortisol ou de outras catecolaminas, seria promissor como forma terapêutica preventiva dos efeitos deletérios do stresse no feto, mas não foi estudado neste trabalho. A aplicação de um estímulo relaxante durante 30 minutos, dará apenas uma resposta pontual à questão original.

Mesmo tendo sido feitas várias aplicações do estímulo do relaxamento durante a gravidez, não se espera que tenham efeitos duradouros, ou que se associem a diferenças significativas do peso do bebé ao nascer ou tipo de parto. No entanto, os níveis de stresse, ansiedade e depressão no período da gravidez, momento do parto e pós parto, poderão indicar uma relação com a técnica aplicada.

O trabalho de aplicação da técnica de relaxamento às 24 grávidas, começou no mês de Julho de 2008 e terminou em Março de 2009. Foram nove meses de intervenção diária/semanal e apesar de algumas ausências por parte das futuras mães, verificaram-se poucas desmarcações, o que significa que em cinco dias semanais estiveram presentes cerca de quatro a cinco mulheres diariamente. Este número foi reduzindo conforme os períodos de nascimento.

Para efectuar um estudo mais profundo, seria necessário ter uma equipa de técnicos que abrangesse um maior número de amostras. O tempo de aplicação da técnica foram trinta minutos, mas com a medição de tensão arterial e pulso para cada grávida estimou-se que cada sessão levou cerca de 40 minutos.

Na aplicação da EADS sentimos alguma discrepância entre o grupo experimental (com estímulo da técnica de relaxamento) e o grupo de controlo (sem estímulo da técnica de relaxamento), verificámos pouca consistência nas respostas dadas, aos questionários pelo grupo de controlo, facto que se prende com a dificuldade das “Técnicas” na triagem, quer no Hospital, quer nos Centros de Saúde e Centro de Preparação para o Parto, terem pouco tempo para acompanhar as grávidas no preenchimento dos mesmos.

Estando este trabalho a chegar a um final, mas não a investigação, gostaríamos de reflectir agora de uma forma sistematizada sobre os seus contributos mais significativos, na procura de um sentido integrador e coerente e enfatizar caminhos que possam conduzir a novos esforços de pesquisa.

Assim começámos por procurar caracterizar o conceito de família a sua importância no desenvolvimento da humanidade no sentido de encontrar os valores de suporte sócio-emocional que garantam uma estabilidade mais consistente e segura para as gerações futuras, referimos a gravidez como um estado natural e transitório que sendo bem acompanhado permita que o nascimento se torne mais humanizado através da vinculação e da preparação para a maternidade e parentalidade.

Focalizámo-nos nos conceitos de saúde e bem-estar reflectindo sobre a antropologia da saúde, as suas origens e a visão actual das condições físicas, psicológicas, sociais e ambientais que começam a tornar-se uma prioridade para a Organização Mundial de Saúde (OMS) e para os técnicos de saúde em geral.

Referimos os conceitos de ansiedade, depressão e stresse que estão na razão da nossa investigação dando maior enfoque aos factores desencadeadores do stresse que por imposição das sociedades modernas e competitivas afectam uma grande parte da população mundial, com todas as implicações psicofisiológicas e sócio-económicas que daí advêm.

Desenvolvemos uma abordagem histórica do relaxamento em diferentes conceitos e perspectivas referindo autores e investigadores de diferentes modelos, e enquadramentos teóricos.

O nosso objectivo foi contudo procurar através de uma metodologia quasi-experimental, e com a aplicação das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse, (EADS) para 21 itens, procurar evidência científica de que o efeito de um relaxamento funciona como uma técnica psicoterapêutica nas situações em que estes estados de doença possam ser intervencionados na prevenção e intervenção para a saúde e bem-estar físico e psicológico.

Verificamos desta forma que a técnica do relaxamento, com estímulo, aplicada às mulheres no período da gravidez, lhes proporciona momentos de repouso, alegria e muita paz. Verificamos também no decorrer destes meses de investigação que o pós-parto foi bem sucedido e sem indiciação de estados depressivos. Os nossos bebés são crianças calmas e que dormem profundamente, choram como qualquer criança, mas têm-nos sido reportado que na generalidade são seres que embora no início da vida estão a reagir positivamente às suas próprias mudanças, mesmo no momento em que são iniciados nas “creches”. As nossas hipóteses foram confirmadas e dos respectivos resultados obtidos decorrem aplicações práticas relevantes para as mulheres grávidas e, acreditamos para os seus bebés.

No entanto, este estudo não esgota a investigação acção que pode ser realizada com mulheres grávidas utilizando os constructos da Psicologia, em particular do relaxamento. Por exemplo a mulher grávida pode aprender a verbalizar as instruções a ela própria, praticando o auto-relaxamento.

Esperamos sinceramente que outras investigações possam prosseguir no sentido de uma pesquisa onde a pessoa seja vista como um todo, desde o momento da fecundação até ao momento em que possa legar aos seus descendentes uma história de vida, que a dignifique pela sua liberdade de ser, agir e sentir.

Referências Bibliográficas

- Adam, P., & Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la Médecine*. Paris: Nathan.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1027.
- Ajuriaguerra, J. (1959). *L'Entraînement psychophysiologique par la relaxation*. Paris: Expansion scientifique. Retirado Junho 25, 2009, de <http://www.enotes.com/psychoanalysis-encyclopedia/relaxation-psychotherapy>
- Allison, J. (1970). *Respiratory changes during the practice of the technique of "Transcendental Meditation"*. *Lancet*, 7651, 833.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Alves, P. C., & Rabelo, M. C. (1998). Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In P. C. Alves & M. C. Rabelo (Orgs.), *Antropologia da Saúde: Traçando identidades e explorando fronteiras* (pp. 107-121). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará.
- Colman, A. D., & Colman, L. L. (1971). *Pregnancy: The psychological experience*. New York: Seabury Press.
- Barreiros, M. L. B. M., Colaço, C. J. P., & Preto, J. G. P. F. (1986). *Métodos de análise quantitativa – Vol. 3: Guia de aulas práticas*. Lisboa: ISEF – Centro de Documentação Informação.
- Baptista, A. (2009), Stresse: Aspectos psicobiológicos (pp.55-63) In Cruz, J.P. Jesus S.N. & Nunes C. (Orgs') Bem-estar e qualidade de vida, Contributos da Psicologia da Saúde, Viseu: Textiverso.
- Bowlby, J. (1985). *Perda: Tristeza e depressão – 3.º Volume*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Bowlby, J. (2002)., *Apego: A natureza do vínculo – 1.º Volume* (3.ª ed.). São Paulo: Martins Fontes Editora.

- Brazelton, B., & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce: Os pais, os bebês e a interação precoce* (4.^a ed.). Lisboa: Terramar.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais, Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta.
- Burns, R. B. (2000). *Introduction to research methods* (4.^a ed.). London, Thousand Oaks, & New Delhi: Sage.
- Claeke, A. S., & Schneider, M. L. (1997). Effects of prenatal stress on behavior in adolescent rhesus monkeys. *Ann NY Acad Sci*, 807, 490-491.
- Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Cannon, W. B. (1914). Recent studies of bodily effects of fear, rage, and pain. *Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods*, 11 (6), 162-165. Retirado, Junho 27, 2009, de <http://www.amphilsoc.org/.../c/cannon.htm>
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação, Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Chanberlain, D. (2003). *A mente do seu recém-nascido* (10.^a ed.). Lisboa: Hugin Editores.
- Clegg, F. (1995). *Estatística para todos, Um manual para ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Coelho, J. P., Cunha, L. M., & Martins, I. L. (2008). *Inferência estatística, Com utilização do SPSS e do G* power*. Lisboa: Sílabo.
- Colman, L., & Colman, A. (1991). *Gravidez – A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Cruz, J. P. (2007). A mente e o corpo na saúde mental contemporânea. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Orgs.), *Psicologia da saúde, teoria e pesquisa* (pp. 163-180). São Bernardo do Campo, SP: Universidade Metodista de São Paulo & Universidade do Algarve.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa – As emoções sociais e neurologia do sentir* (10.^a ed.). Sintra: Publicações Europa-América.
- Deshaies, B. (1997). *Metodologia da investigação em ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Dias, S. R. et al. (2003). *Gestão de Marketing*. Professores da FGV – São Paulo: SP: LTC – Saraiva.
- Ekman, P. (2004). *Emotions revealed*. (1ª ed) New York: First Owl Books Edition.
- Ellen, & al., (2007), *The Development of Coping*. *Annual Review of Psychology*, Vol. 58, January
- Etchelecou Bernard,(1989) *Manuel de sophologie pédagogique et thérapeutique*, Maloine.
- Finotti, M. A. (2004). *Estilos de vida: Uma contribuição ao estudo da segmentação de mercado*.
Dissertação de Mestrado Não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ferguson, G., & Takane, Y. (1989). *Statistical analysis in Psychology and Education* (6.ª ed.). New York: McGraw-Hill International Editions.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annu. Rev. Psychol*, 55, 745-774. Download from arjournals. Annualreviews.org by b-on: Universidade do Algarve (UALG) on 6/4/07.
- Gitau, R., Cameron, A., Fisk, N., & Glover, V. (1998). Fetal exposure to maternal cortisol. *Lancet*, 352 (9129), 707-708.
- Gitau, R., Fisk, N. M., Teixeira, J. M., Cameron, A., & Glover, V. (2001). Fetal hypothalamic-pituitary-adrenal stress responses to invasive procedures are independent of maternal responses. *J Clin Endocrinol Metab*, 86 (1), 104-109.
- Gitau, R & Mastorakos, A (2003). *Psychoneuroendocrinology* Volume 33 (2008), 504-506 Elsevier
- Goulet, C. et al. (1998). A concept analysis of parent-infant attachment. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (5), 220-225.
- Green, J., & Oliveira, M. (1991). *Testes estatísticos em Psicologia*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Gorden T, (1970); *Eficácia na Liderança*. Editora Encontro, Loures.
- Heiman, G. W. (1998). *Understanding research methods and statistics, an integrated introduction for Psychology*. Boston & New York: Houghton Mifflin Company.
- Hipólito, J. (2001). A Terapia Centrada na Pessoa e a abordagem do corpo pelo relaxamento. *A Pessoa Como Centro, Revista de Estudos Rogerianos*, 8, 57-63.

- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J., Visser, G.H., & Buittelaar, J. K. (2003) *Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy*. J Child Psychology Psychiatry, V.44 (6), 810-818.
- Jesuino, J. C. (1986). *O método experimental em ciências sociais*. In A. Silva & J. Pinto (Orgs.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 215-249). Porto: Edições Afrontamento.
- Judith, B. (2002). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Kaplan & Sadock's (1998), (9^a ed.) *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*.
- Khalifa & all. (2003) *Effects of relaxing music on salivary cortisol level after psychological stress*. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 999, pp. 374-376
- Klaus & Kennell, (1993) *Pais/Bebés: A formação do apego*. Porto Alegre, Artes Médicas
- Kisilevsky, S., Hains, S. M., Jacquet, A. Y., Granier-Deferre, C., & Lecanuet, J. P. (2004). *Maturation of fetal responses to music*. Dev Sci, 7, 550-59.
- Labrador, F. J. (1992). *Stress*. Lisboa: Temas da Actualidade.
- Lecanuet, J.P., Granier-Deferre, C., Jacquet, A.Y., & DeCasper, A. J. (2000). *Fetal discrimination of low-pitched musical notes*. Dev Psychobiol, 36, 29-39.
- Levin, J. (1987). *Estatística aplicada às ciências humanas* (11^a ed). São Paulo: Harbra.
- Lovalló (1997) *'Overconfidence and Excess Entry: An Experimental Approach'*, Economic Science Association Meetings, Tuscon, AZ, United States.
- Maran, J.(1941) *Filosofia do Yoga*. Edições Loyola, São Paulo, 1977
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*, São Paulo: Editora Atlas.
- Martins, M. H., & Jesus, S. N. (2007). *Factores de resiliência e bem-estar: Compreender e actuar para resistir*. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Orgs.), *Psicologia da Saúde, Teoria e pesquisa* (pp. 85-113). São Bernardo do Campo, SP: Universidade Metodista de São Paulo & Universidade do Algarve.

- Mathews, S. G. (2002). *Early programming of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis*. Trends Endocrinol Metabolism.
- Mauss (1945) *Fait social et formation du caractère*”. Un article publié dans la revue *Sociologie et sociétés*, vol. 36, no 2, automne 2004, pp. 135-140. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal
- Moberg, K. (2003). *The oxytocin factor – Tapping the hormone of calm, love, healing* (10.^a ed.). New York: Da Capo Press.
- Molinero (Yogakrisnanda) (s.d.). *Aulas secretas de um guru, Técnicas de iniciação Oriente-Occidente no método Chelá-Yoga* (2.^a ed.). Lisboa-Porto: Centro do Livro Brasileiro.
- Morin, E. (1981). *La Nature de La Nature – Vol. 1*. Paris: Ed. du Seuil
- Nogueira, &; Liberman B (2002 p.154). *Neuroendocrinologia da Gravidez: A grávida e o Feto. In: Bernardo Liberman; Arthur Cukiert. (Org.). Neuroendocrinologia Clínica Cirúrgica. 1 ed.* São Paulo: Lemos Editorial.
- O'Connor, T. G., Heron, J., & Glover, V. (2002). *Antenatal anxiety predicts child behavioural/emotional problems independently of postnatal depression*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). *The ALSPAC Study team. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis*. J Child Psychol Psychiatry
- Oxorn, H. (1989). *Trabalho de parto*. São Paulo: Livraria Roca.
- Pacheco, J. E. P., & Jesus, S. N. (2007). Burnout, coping e estilos de vida em profissionais de saúde. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Orgs.), *Psicologia da Saúde, Teoria e pesquisa* (pp. 25-39). São Bernardo do Campo, SP: Universidade Metodista de São Paulo & Universidade do Algarve.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000) *Análise de dados para ciências sociais, A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Relvas, & Sá, E. (2004) *A complementaridade das interações mãe-bebé*. in: Sá E. *A maternidade e o bebé*, Lisboa: Fim de Século.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-239
- Rogers, C.(1979). *Sobre o poder pessoal*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy* (13ª ed.). London: Constable.
- Roughton E.C., Schneider M. L, Bromly L. J, Coe Cl. (1998) *Maternal endocrine activation during pregnancy alters neurobehavioral state in primate infants*. *Am J Occup Ther*
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebé* (10ª ed.). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2003). *A maternidade e o bebé* (10ª ed). Lisboa: Fim de Século.
- Sapir, M (1993), *La relaxation à inductions variables*, Grenoble, La Pensée Sauvage.
- Sarkar P, Bergman K, Fisk NM, O'Connor TG, Glover V. (2006) *Ontogeny of fetal exposure to maternal cortisol using midtrimester amniotic fluid as a biomarker*. *IRDB*
- Schneider ML, Coe CL, Lubach CR. (1992) *Endocrine activation mimics the adverse effects of prenatal stress on the neuromotor development of the infant primate*. *Dev Psychobiol*
- Schultz, J. H. (1967). *Auto-relaxação concentrativa, Exposição clínico-prática*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Seckl J.R, & Meaney M.J. (2004) *Glucocorticoid programming*. *Ann NY Acad Sci*. (1032, 63-84)
- Selye, H. (1952). *A história da síndrome da adaptação*. Montreal: Acta Inc.
- Siegel, S., (1975). *Estatística Não-paramétrica (para as ciências do comportamento)*. São Paulo: McGraw-Hill.

- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the new Positive Psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology. an introduction*. *American Psychologist*, 55,5-14.
- Silva, M. J. E., & Lopes, N. F. P. (2008). *Comunicação intra-uterina*. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem.
- Siqueira, M. M. M., Jesus, S. N., & Oliveira, V. B. (Orgs.). (2007). *Psicologia da Saúde, Teoria e pesquisa*. São Bernardo do Campo, SP: Universidade Metodista de São Paulo & Universidade do Algarve.
- Sousa, A. B. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Teixeira J, Martin D, Prendiville O, & Glover V. (2008). The effects of acute relaxation on indices of anxiety during pregnancy. v.4 (pp. 489-96) *J Neuroendocrinol*.
- Thomas, J. R., & Nelson, J. K. (1996). *Research methods in physical activity* (3^a ed.). Champaign: Human Kinetics.
- Triola M. F. (1999). *Introdução à Estatística* (7^a ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 1999;318 (7177):153-157
- Van den Berg & Mar. (2004) A. *High antenatal maternal anxiety is related to ADHD*, 1, 1014
Amsterdam, Elsevier.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.
- Verny, T., & Kelly, J. (1993). *A vida secreta da criança antes de nascer* (3.^a ed). São Paulo: C. J. Salmi.

Vries , J.I. Visser G.H, & Prechtl H.F. (1985) The emergence of fetal behaviour II. Quantitative aspects. *Early Hum Dev* 1985; 12:99-120. [Abstract]

Wallace & coll (1971) A Wakeful Hypometabolic State, in *America J. of Physiology*, vol. 221, (n°3 pp 795)

Weinstock M. (2005). The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring, *Brain Behav Immun.* vol.19, (pp 296-308)

Winnicott, D. W. (1978). *The family and individual development*. London: Tavistock Publications.

Winnicott, D. W. (1951-1993). Objectos transacionais e fenómeno transaccional. In D. W. Winnicott (Ed.), *Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Zeidler (2008). Alternativ vård fyller funktion. *Skaraborgs Allehanda*.

Anexos

ANEXO I

«EADS de 21 itens» de Lovibond e Lovibond (1995)

na adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004)

- u) Leia as afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

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

1. Tive dificuldade em me acalmar -----	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca -----	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo -----	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar -----	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas -----	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações -----	0	1	2	3
7. Senti tremores (por exemplo nas mãos) -----	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa -----	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula -----	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro -----	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado -----	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar -----	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico -----	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer -----	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico -----	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada -----	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa -----	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível -----	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico -----	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso -----	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido -----	0	1	2	3

Anexo II

Dados Demográficos

NOME _____

IDADE _____

NACIONALIDADE _____

ESTADO CIVIL _____

1ª GRAVIDEZ SIM ___ NÃO ___

FILHOS, SEXO E IDADE _____

SEMANAS DE GESTAÇÃO _____

DATA PREVISTA PARA PARTO ___/___/___

ÁREA DE RESIDÊNCIA _____

PROFISSÃO _____

Anexo III

Programa de Relaxamento Progressivo

Para Grávidas

Elaborado por Maria Bjorn.

Este é um programa de relaxamento progressivo, que tem como objectivo promover à futura mãe e bebé, um estado de calma, serenidade e bem-estar.

Vou dar-lhe instruções de apaziguamento e serenidade, que irão proporcionar-lhe uma sensação de tranquilidade em todo o seu corpo, passando para o seu filho que está no seu ventre, não terá qualquer problema em seguir as minhas instruções....

Preparada:

Instale o seu corpo confortavelmente, repousadamente, entregue-se ao prazer de relaxar juntamente com o seu filho.

Verifique se todo o seu corpo está bem posicionado, deitando-se de costas com a roupa desapertada, é importante que se sinta muito... muito confortável e que transmita esse conforto ao seu filho.

Focalize a sua atenção na sua respiração...na minha voz...qualquer barulho exterior não irá perturbar o seu relaxamento...

Tome uma inspiração profunda...expire suavemente...repita este movimento algumas vezes...libertando tensões e pressões que existam no seu corpo físico e mental...

Inspira toda a energia positiva e de paz e expira todas as tensões acumuladas.

Liberta-se do medo e da ansiedade....sinta apenas a paz...alegria e contentamento...

Continue a focalizar-se na sua respiração...que é agora mais calma e pausada...

Vai começar a sentir um relaxamento progressivo, que se estende por todo o seu corpo, por todos os seus órgãos, por todos os seus sistemas por todas as suas células...

O seu corpo está agora mais e mais relaxado...calmo...e tranquilo...

E passa esta sensação de paz relaxamento e libertação de tensões para o pequeno ser que está comodamente instalado no seu ventre...o seu filho...

Respire agora normalmente...entregue-se ao prazer de relaxar...escutar o seu corpo., fazendo a ligação do seu mundo interior ao mundo exterior...sentindo na sua pele uma leve vibração....e entra num estado de maior e mais profundo relaxamento...

Tome consciência de todo o seu corpo em profundo repouso no local onde se encontra deitada confortavelmente...sentindo-se calma e confiante...

Agora focalize a sua atenção nos seus pés...a posição dos seus pés em relação ao resto do seu corpo...tome consciência dessa parte do seu corpo que lhe permite mover-se e caminhar calmamente, seguramente... focalize-se nos ossos dos seus pés... nos ligamentos...nos músculos...na pele que envolve os seus pés...nos dedos dos seus pés, soltando e libertando todas as tensões e pressões que existam nessa parte do seu corpo do interior para a superfície da pele ...sentindo uma leve vibração e calor que a conforta e coloca essa parte do seu corpo em estado de profundo relaxamento...e sente-se cada vez mais e mais calma...relaxada...tranquila...

Concentre-se na sua respiração...pausada...e a cada inspiração e expiração, vai mais e mais fundo no seu estado de relaxamento...

Focalize a sua atenção nas suas pernas...na perna direita....e na perna esquerda...na posição das suas pernas em relação ao resto do corpo desde o calcanhar até ao joelho...tomando consciência dos ossos...dos ligamentos...dos músculos das suas pernas que se distendem e relaxam...do interior para a superfície da pele que envolve as suas pernas...sentindo uma leve vibração e calor...e coloca essa parte do seu corpo em estado de profundo relaxamento...que será cada vez mais e mais profundo...

E estende essa sensação de relaxamento à parte dos seus joelhos, direito e esquerdo...

Focalizando a sua atenção nos ossos, músculos e ligamentos...dos seus joelhos, do interior para a superfície da pele...sentindo uma leve vibração e calor...e coloca essa parte do seu corpo em estado de profundo...profundo relaxamento...que será cada vez mais e mais profundo...

Focaliza agora a sua atenção nas suas coxas...direita e esquerda...na posição das suas coxas em relação ao resto do corpo...a ligação das suas coxas desde os joelhos até à anca direita e esquerda...e tome consciência dos ossos, músculos e ligamentos das suas coxas soltando e libertando tensões e pressões acumuladas do interior para a superfície da pele, sentindo uma leve vibração e calor...e coloca essa parte do seu corpo em estado de profundo...profundo...estado de relaxamento e descanso...

Os seus pés, dedos dos pés pernas, joelhos e coxas estão agora leves, soltos e libertos, em profundo descanso e livres de qualquer desconforto.

Continua concentrada na sua respiração...na minha voz e na música que está a escutar...

Agora vai permitir que essa sensação de relaxamento e bem estar se estenda a todo o seu corpo...sentindo o calor do relaxamento passar para a sua barriga que está solta, liberta de tensões...o seu estômago solto e relaxado...o seu tórax que se eleva e baixa ao ritmo da sua respiração...calma e tranquila...calor de um relaxamento que toca agora a sua garganta...Estendendo-se aos seus ombros...tocando os seus braços...direito e esquerdo...desde o ombro até ao cotovelo...do cotovelo até ao punho...relaxando...soltando e...libertando...todos os músculos das suas mãos, cada dedo das suas mãos...do interior para a superfície da pele...sentindo uma leve vibração e calor...e coloca esta parte do seu corpo em estado de profundo...profundo estado de relaxamento e calma.

As suas mãos...dedos das mãos...braços.. e ombros estão agora leves soltos e libertos....estende este relaxamento a toda a parte da sua coluna...soltando e libertando todas vértebras todos os músculos e ligamentos da sua coluna, desde a cervical até ao final da sua coluna...do interior para a superfície da pele...sentindo uma leve vibração e calor...como que numa praia em que pode imaginar-se deitada

sobre uma areia suave e morna que a aquece e protege.... e coloca esta parte do seu corpo em estado de profundo...profundo... relaxamento...

Um sentimento de paz e liberdade que envolve todo o seu corpo...e estende este sentimento...e esta sensação de relaxamento...à sua nuca...soltando... libertando...os músculos e ligamentos da sua nuca...do interior para a superfície da pele...sentindo uma leve vibração e calor...e coloca esta parte do seu corpo em estado de profundo...profundo relaxamento...e descanso.

Relaxamento que vai estender à parte da sua cabeça...do seu couro cabeludo...soltando e libertando todos os músculos da sua cabeça do interior para a superfície da pele...e coloca esta parte do seu corpo em estado de profundo... profundo estado de relaxamento e descanso...que será cada vez mais e mais profundo....

Focalize agora a sua atenção na parte da sua face...a testa lisa e fresca, relaxada...calma...os músculos à volta dos seus olhos soltos e relaxados...as pálpebras...pesadas...uma sensação de sonolência e bem estar...que vai estender aos músculos do maxilar...soltando...soltando...entreabrindo os lábios...relaxando o queixo.

Sente que está calma...tranquila...em profundo estado de relaxamento e paz....e a sua mente...apaziguada...com pensamentos positivos.

Está calma. Tranquila...confiante e em paz....

Vou agora pedir-lhe que focalize a sua atenção no seu ventre...sentido todos os seus órgãos a funcionarem muito bem...em perfeita saúde.

Sinta o seu filho...que protegido pelo líquido amniótico se move... calmo...tranquilo...partilhando com este sentimento de bem-estar... felicidade e plenitude...

Agora partilha com o seu filho este sentimento de amor...alegria e contentamento...pelo milagre desta experiência maravilhosa...de poder senti-lo dentro do seu ventre...

Feliz...calmo....tranquilo...muito feliz...

E o seu corpo... liberta as substâncias naturais que promovem este bem-estar e sentimento de plenitude através dos seus neurotransmissores que colocam na sua corrente sanguínea o cortisol, a prolactina, a dopamina, a serotonina, adrenalina e noradrenalina.

Sinta... experiencie...como se fosse uma flor e borboletas muito bonitas que só a natureza sabe desenhar...espalhassem pétalas suaves e perfumadas, sobre o seu corpo...deitado...em repouso.

Utilize de novo a sua imaginação criativa e imagine ou visualize como se dentro do seu corpo existissem estrelinhas de várias cores que se espalham e o iluminam, transformando-o num templo de Luz, Amor, Felicidade, Alegria e visualize o líquido amniótico que no seu ventre protege o seu filho embalando-o confortavelmente como se fosse uma nuvem suave e quente um calor agradável onde ele se espreguiça e desfruta deste momento único e mágico que é o seu mundo suave e terno...

Este é um momento de cura...de magia...um momento onde não há tempo nem espaço...é o seu corpo e o corpo do seu filho, numa simbiose perfeita...um hino à sua capacidade de dar a vida...a um ser único...maravilhoso...

Agora o seu corpo e a sua mente atingem um estado de segurança...protecção...um sentimento de amor...que a preenche...a envolve e que envolve o seu filho....

Neste estado de amor incondicional...e confiança...eu vou pedir-lhe que mantendo os seu olhos fechados e o seu corpo em estado de profundo relaxamento, repetindo mentalmente as seguintes afirmações:

Querido filho, focalizo a minha atenção no meu ventre onde te sinto cada vez mais pleno de felicidade por partilharmos este sentimento de amor...

Sinto-me uma mulher muito feliz por te ter dentro de mim e partilhar contigo as minhas emoções de alegria...os meus sentimentos de felicidade e ternura por tanto amor partilhado e que se conjuga no mesmo objectivo de amar e dar o melhor um ao outro...

Tanta felicidade transborda em mim através do meu sangue que se mistura com o teu e em todos os órgãos dos nossos corpos...

Sinto a alegria e a felicidades crescerem dentro de ti meu filho...sinto essas emoções a serem transmitidos a cada órgão, a cada célula, a cada partícula....Sinto esta felicidade transbordar através da tua pele para dentro do líquido amniótico, onde os nossos fluidos se misturam e se encontram...

Esta promessa de crescer em harmonia e beleza...plena de paz e tranquilidade, transforma o meu organismo num ser mais saudável e equilibrado onde todas as nossas células espelham esses sentimentos....

E agora que todas as afirmações feitas estão gravadas na sua mente subconsciente...eu vou trazê-la de volta ao seu estado de vigília em cinco etapas...ao número 1 retoma a tonicidade dos músculos dos pés e das pernas, 2 move e retoma a tonicidade dos músculos das suas mãos e braços, 3 toma uma inspiração profunda e renova todo o ar dos seus pulmões, 4 move um pouco a sua cabeça, 5 abra os seus olhos, devagar...espreguiçando-se um pouco, como pela manhã ao acordar...Olhos abertos bem disposta, bem desperta e feliz...

Maria Bjorn

Anexo IV

Assinatura de Protocolo com a grávida

A grávida, que aceita participar na aplicação da Técnica de Relaxamento tem necessariamente que assinar esta folha de consentimento livre e esclarecido. Informamos também que pode sempre reconsiderar e revogar a sua decisão até à data da aplicação do Relaxamento.

Eu,.....com

o processo nº....., tomei conhecimento e aceito participar no trabalho de investigação em curso que me foi proposto.

Nome (maiúsculas).....

Assinatura.....

Data:.....

Assinatura do Técnico de Relaxamento.....

Anexo – V**OMRON****MX3 Plus**

- **HEM-742-E**

“EAN CODE: 4 015672 101708

Offering the solid and reliable technology from OMRON, this monitor is a best seller. It operates on batteries or on Mains with an optional AC adapter. A comfortable and easy-to-wrap adult cuff is supplied. “

