



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública



XII Mestrado em Saúde Pública 2009/2011

Trabalho de Projecto

A Solidão na Gravidez

Determinantes da solidão e seu impacto na ligação materno-fetal

PROTOCOLO DE PROJECTO

Maria Teresa Mascarenhas Pinto

Orientadores:

Prof. Doutor Teodoro Briz

Dr.^a Teresa Maia

Lisboa, 2011

RESUMO

O sentimento de solidão tem vindo a tornar-se cada vez mais frequente entre os indivíduos, fruto do desenvolvimento da sociedade moderna. Especificamente, ocorrendo durante a gravidez, situação que produz na mulher importantes alterações não só físicas, como também psicológicas, familiares e sociais, deve passar a ser alvo de uma atenção especial. De um ponto de vista da Saúde Mental, o desenvolvimento saudável da gravidez exige uma rede de suporte social e uma relação conjugal satisfatórias. Tais elementos devem ser considerados como factores protectores do aparecimento de sentimentos de solidão. Pelo contrário, um baixo sentido de coerência e o aparecimento de depressão durante a gravidez são factores de risco que, inevitavelmente, irão interferir na qualidade da ligação materno-fetal, com repercussões no desenvolvimento psico-social do futuro ser humano.

Este protocolo de projecto propõe um estudo transversal, exploratório e de natureza quantitativa. Engloba dois sub-estudos, focando os determinantes da solidão e o impacto desta na ligação materno-fetal, e pretende identificar associações pertinentes entre as várias dimensões envolvidas. A amostra em estudo será constituída por 202 grávidas que frequentam o Centro de Saúde de Torres Vedras. As variáveis correspondentes serão operacionalizadas através de questionários estandardizados e validados para a população portuguesa, sendo eles a Escala de Solidão da UCLA, a Escala de Satisfação com o Suporte Social, a Escala de Avaliação de Áreas da Vida Conjugal, a Escala de Ligação Materno-Fetal, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e o Questionário de Orientação para Viver. Espera-se identificar e caracterizar as possíveis associações entre a solidão e a satisfação com o suporte social, a satisfação conjugal, a depressão durante a gravidez e o sentido de coerência, que a explicarão, e a ligação materno-fetal, que será influenciada por ela. Os questionários serão respondidos pelas grávidas seleccionadas de acordo com critérios de inclusão e exclusão. Além das descrições estatísticas iniciais, as análises de associação serão realizadas em função das distribuições encontradas, e tendo em conta dimensões do contexto sociodemográfico. Os resultados da investigação serão divulgados num relatório final.

Palavras-Chave: solidão, gravidez, ligação materno-fetal, suporte social, satisfação conjugal, depressão pré-natal, sentido de coerência.

ABSTRACT

The feeling of loneliness is increasing as a result of developments in modern society. Specifically occurring during pregnancy, when important changes - physical, psychological and related to the family structure and interaction with society - take place, special attention should be devoted. To maintain good mental health during pregnancy it is important to have good social support and harmonious conjugal relations, both considered as factors preventing the emergence of feelings of loneliness. By contrast low sense of coherence and depression during the pregnancy are risk factors which, inevitably, will affect the quality of the maternal-fetal attachment and have repercussions on the psycho-social development of the future individual.

This protocol of draft proposes a transversal exploratory study of a quantitative nature on two sub-studies, exploring the determinants of loneliness and its impact on the maternal-fetal attachment, which intends to identify some correlations between parameters. The study sample is made up of 202 pregnant women who are patients at the Health Centre of the city of Torres Vedras. They will be selected according to criteria of inclusion and exclusion. All variables will be measured through standardized and validated surveys illustrating the Portuguese population, like the Scale of Loneliness of the UCLA, Scale of Satisfaction with the Social Support, Scale of Evaluation of Areas of the Conjugal Life, Maternal-Fetal Attachment Scale, Edinburgh Postnatal Depression Scale, and Orientation To Life Questionnaire. We expect to identify correlations between loneliness and satisfaction with social support and conjugal relations, depression during pregnancy and sense of coherence, which will explain it, and the maternal-fetal attachment, which will influence it. Beyond the initial statistical descriptions, the data analysis will be executed according to the distributions found and will be carried taking into account the socio-demographic context. The results of the survey will be published in a final report.

Key-words: loneliness, pregnancy, maternal-fetal attachment, social support, conjugal satisfaction, prenatal depression, sense of coherence.

RÉSUMÉ

Le sentiment de solitude devient de plus en plus fréquent chez les humains, notamment du au développement de la société moderne. Survenu pendant la grossesse, moment où la femme est soumise à des modifications importantes au niveau physique, psychologique, familiale et sociale, le sentiment de solitude doit être pris en compte d'une façon toute particulière. Du point de vue de la santé mentale, le développement sain de la grossesse exige un réseau de support social et une relation conjugale satisfaisants. Ces éléments doivent être considérés comme des facteurs qui protègent la femme de la solitude. Par contre, un sens de cohérence réduit et la survenue de la dépression pendant la grossesse sont des facteurs à risque, lesquels, sans aucun doute vont influencer la qualité du lien mère-foetus, ayant des répercussions sur le développement du futur être humain.

Ce protocole de projet propose une étude transversal, exploratoire et de nature quantitative. Il englobe deux sous-études, qui ciblent les déterminants de la solitude et son impacte sur le lien mère-foetus. Cette étude veut identifier les associations pertinentes entre les diverses dimensions en cause. L'échantillon à examiner sera constituée para 202 femmes enceintes qui fréquentent le Centre de Santé de Torres Vedras. Les variables correspondantes seront mises en ouvre par des questionnaires standard validés pour la population portugaise : Escala de Solidão da UCLA; Escala de Satisfação com o Suporte Social; Escala de Avaliação de Áreas da Vida Conjugal; Escala de Ligação Materno-Fetal; Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo et le Questionário de Orientação para Viver. On veut identifier et caractériser les possibles associations entre la solitude et la satisfaction avec le support social, la satisfaction conjugale, la dépression pendant la grossesse et le sens de cohérence, qui devront l'expliquer, et le lien mère-foetus influencé para celle-ci. Les femmes enceintes sélectionnées répondront aux questionnaires selon des critères d'inclusion et d'exclusion. En plus des descriptions statistiques initiales, les analyses d'association seront effectuées en fonction des distributions recherchées, en tenant en compte les dimensions du contexte sociodémographique. Les résultats seront publiés dans un rapport final.

Mots-clés : solitude, grossesse, lien mère-foetus, support social, satisfaction conjugale, dépression prénatal, sens de cohérence.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que me apoiaram na realização deste trabalho, quer do ponto de vista científico, quer do ponto de vista afectivo.

Agradeço, em primeiro lugar, ao Prof. Doutor Teodoro Briz, pelo incentivo, dedicação, conselhos, ensinamentos valiosos e disponibilidade constante; à Dra. Teresa Maia, de quem recebi sugestões e comentários preciosos; aos meus pais, pelo apoio incondicional que me deram; ao André, pelo seu carinho e dedicação, e, por fim, aos meus colegas e amigos, que fizeram o favor de me dar forças, quando estas começavam a faltar-me.

A todos, o meu muito obrigado.

*"La soledad es el hecho mas profundo de la condición humana.
El hombre es el único ser que se siente sólo y el único que es búsqueda de otro".*

Octavio Paz (El laberinto de la soledad, 1959)

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO DO TEMA	4
1. Saúde mental e gravidez: a sua relevância em Saúde Pública	4
2. Tornar-se mãe	7
2.1. O sentido da maternidade	7
2.2. A gravidez	9
2.2.1. As transformações físicas	9
2.2.2. As transformações psicológicas	11
2.2.3. O sentido de coerência.....	13
2.2.4. A ligação materno-fetal: início da relação de vinculação.....	15
2.3. A depressão durante a gravidez.....	17
2.4. O significado do parto.....	19
2.5. O puerpério e as perturbações psicológicas	19
3. Motivações e recursos sociais da futura mãe	22
3.1. A necessidade de pertença e as relações interpessoais	22
3.2. A solidão	24
3.3. A percepção de suporte social	27
3.4. A satisfação e o suporte conjugal	30
4. Por um modelo integrador	34
5. Experiência metodológica quanto às dimensões em causa	37
6. Pertinência e finalidade da investigação	39

OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	41
1. Determinantes da solidão	42
2. Impacto da solidão na ligação materno-fetal	44
METODOLOGIA	46
1. Tipo de estudo	46
2. População alvo, população em estudo e amostra	48
3. Operacionalização das variáveis	51
3.1. Dimensões resposta (dependentes)	51
3.1.1. A solidão	51
3.1.2. A ligação materno-fetal	52
3.2. Dimensões explicativas (independentes)	52
3.2.1. A satisfação com o suporte social	52
3.2.2. A satisfação conjugal	53
3.2.3. A sintomatologia depressiva	53
3.2.4. O sentido de coerência	54
3.3. Dimensões de contexto sócio-demográfico	54
4. Delineamento do estudo	56
4.1. Etapas e procedimentos	56
4.2. Implicações éticas	58
5. Instrumentos para a recolha de dados	59
5.1. O questionário para a recolha de dados sócio-demográficos	59
5.2. A Escala de Solidão da UCLA	59
5.3. A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	60
5.4. A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) ...	61
5.5. A Escala de Ligação Materno-Fetal (MFAS)	61
5.6. O Questionário de Orientação para Viver (OLQ)	62
5.7. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS)	63

6. Previsão do processamento e da análise dos dados	64
7. Previsão da apresentação dos resultados	67
8. Pedido de autorizações	70
9. Estudo piloto	71
ASPECTOS A CONSIDERAR NA DISCUSSÃO	72
1. Validade interna	72
2. Validade externa	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ÍNDICE DOS ANEXOS	86
Anexo I. Abrangência e organigrama do ACES Oeste Sul	87
Anexo II. Mapa da região abrangida pelo Centro de Saúde de Torres Vedras	89
Anexo III. Operacionalização e caracterização das dimensões em estudo	90
Anexo IV. Requerimento dirigido ao Director Executivo do Centro de Saúde de Torres Vedras	92
Anexo V. <i>Checklist</i> para a entrevista de selecção da amostra	93
Anexo VI. Pedido de colaboração da grávida seleccionada para a amostra e instruções iniciais do protocolo para a recolha de dados	94
Anexo VII. Cronograma da investigação	95
Anexo VIII. Orçamento da investigação	96
Anexo IX. Questionário para a recolha de dados sócio-demográficos	97
Anexo X. Escala de Solidão da UCLA	98
Anexo XI. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	99
Anexo XII. Escala de Avaliação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)	100
Anexo XIII. Escala da Ligação Materno-Fetal (MFAS)	101
Anexo XIV. Escala de Orientação para Viver (OLQ)	102
Anexo XV. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPS)	105

ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro 1 – Modelo integrador	35
Quadro 2 – Modelo integrador constituído por duas partes: os determinantes da solidão e seus efeitos na ligação materno-fetal	41
Quadro 3 – Hipóteses de investigação do sub-estudo 1	43
Quadro 4 – Hipóteses de investigação do sub-estudo 2	45

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das grávidas por grupo etário, nível de escolaridade, situação profissional e frequência de um curso de preparação para o parto/maternidade	68
Tabela 2 – Distribuição das correlações entre as variáveis: solidão e suporte social; solidão e relação conjugal; solidão e sentido de coerência; e solidão e sintomatologia depressiva	69
Tabela 3 – Distribuição das correlações entre as variáveis: ligação materno-fetal e solidão; ligação materno-fetal e sentido de coerência; ligação materno-fetal e suporte social; ligação materno-fetal e relação conjugal; ligação materno-fetal e sintomatologia depressiva	69

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 – Exemplo de um gráfico circular das percentagens das grávidas por estado civil	68
Gráfico 2 – Exemplo de um gráfico de barras das grávidas por nível de escolaridade	68

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centro de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

EASAVIC – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

EDPS – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

INE – Instituto Nacional de Estatística

MFAS – Escala de Ligação Materno-Fetal

OLQ – Escala de Orientação para Viver

OMS – Organização Mundial de Saúde

Pág. - Página

SCO – Sentido de coerência

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UCLA – Universidade da Califórnia, Los Angeles

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

O período da gravidez e a experiência da maternidade são etapas naturais do ciclo de vida da mulher que produzem grandes e importantes transformações, não só a nível do seu corpo e do seu estado psicológico, mas também das suas relações familiares e sociais (Piccinini *et al.*, 2008). Tais transformações vão implicar uma reorganização constante e requerer respostas cognitivas, emocionais e comportamentais que frequentemente ainda não integram o repertório da mulher (Canavarro, 2001). Estas reestruturações, necessárias à preparação para o desempenho de um novo papel - o de mãe -, são passíveis de tornar a grávida mais vulnerável e exposta a exigências tão diversas quanto díspares (Falcone *et al.*, 2005). É frequente surgirem medos, angústias, receios e sinais de ansiedade, que até certa medida são considerados naturais e adaptativos. No entanto, o aparecimento de sintomatologia marcante, tal como a depressão, pode ser prejudicial ao bom desenvolvimento da gravidez.

Graças aos avanços tecnológicos e às investigações realizadas, é indiscutível a existência de um *continuum* entre a vida pré e pós-natal. O feto já não é considerado um ser passivo, mas pelo contrário, um ser activo e com um enorme potencial que lhe permite estabelecer uma interacção activa e recíproca com a sua progenitora, fazendo da gravidez, um dos pilares do seu desenvolvimento. Este fenómeno, há muito reconhecido, leva-nos a antever que, através da ligação materno-fetal, as alterações experienciadas pela mãe irão, inevitavelmente, afectar o recém-nascido (Mendes, 2002).

A promoção da saúde materna é uma área que exige a maior atenção e investimento por parte das instâncias encarregadas da Saúde Pública, já que o bem-estar da mãe vai ter repercussões directa e indirectamente na saúde do seu bebé, influenciando-o psico, sócio e biologicamente. A gravidez, ao poder influenciar e condicionar uma outra vida, é a área por excelência para se investir e intervir na prevenção de problemas que possam perturbar o desenvolvimento do futuro adulto.

Como profissional de saúde mental e estudante de Saúde Pública, trabalhando com grávidas no âmbito do Curso de Preparação para o Parto no Centro de Saúde de Torres Vedras, em horário pós-laboral, apercebi-me de que a percentagem de adesão a estes cursos, por parte do companheiro, ou de outras figuras de apoio, é extremamente baixa. Este fenómeno levou-me a reflectir sobre a possibilidade de algumas grávidas

desfrutarem de um apoio muito reduzido e, por isso, poderem sentir-se pouco amparadas.

Ao pesquisar a literatura, apercebi-me da existência de estudos na área da saúde materno-infantil durante a gravidez, nomeadamente sobre os cuidados de saúde primários (Loureiro *et al.*, 2009a; Loureiro *et al.*, 2009b), no entanto, verifiquei também que raros são os estudos que abordam a experiência da solidão durante esta fase da vida da mulher. Vivendo nós numa sociedade cada vez mais competitiva e individualista, torna-se importante repensarmos os valores sociais e a importância das relações interpessoais na vida humana. O crescente isolamento e o menor sentido de entreajuda patentes na sociedade contemporânea, fazem com que a mulher grávida precise de receber uma atenção particular nesta fase da sua vida.

O sentimento da solidão, apesar de ser uma experiência já vivida por qualquer ser humano, tem-se vindo a tornar numa das epidemias da sociedade moderna, consequência do processo de urbanização e de desenvolvimento tecnológico que tem vindo a intensificar-se nos últimos anos (Perlman; Peplau, 1998). Actualmente, a solidão é considerada um factor de risco de extrema importância para a saúde, requerendo atenção tanto por parte dos investigadores, como por parte dos clínicos (Ponizovsky; Ritsner, 2004).

Reconhecida como um problema de Saúde Pública, a solidão tem sido comparada a outros agentes nocivos, tais como o fumo do tabaco, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de actividade física que, de igual forma, conduzem à diminuição da qualidade de vida e do bem-estar das populações (Cacioppo *et al.*, 2000). Considerada como um factor de risco, a solidão tem estado associada a uma série de problemáticas, tais como a uma baixa auto-estima, à pouca satisfação com a vida (Goodwin; Cook; Young, 2001 *cit. in* Fernandes; Nunes, 2009), à depressão (Eisses *et al.*, 2004), a desordens emocionais (DiTommaso; Cacioppo, 1999 *cit. in* Fernandes; Nunes, 2009), à ansiedade (Lasgaard *et al.*, 2011), ao alcoolismo, a doenças físicas (Ernst; Cacioppo, 1999 *cit. in* Fernandes; Nunes, 2009) e até à ideação suicida (Kidd, 2004).

A resposta da mulher às mudanças físicas e emocionais que surgem durante a gravidez é influenciada não só por factores individuais, mas também por agentes ambientais e sociais, destacando-se, como um dos factores protectores mais importantes, e não só para a prevenção da solidão, o apoio que ela recebe daqueles que a rodeiam (Jussani; Serafim; Marcon, 2007). A possibilidade de dispor de um bom suporte social, bem como de uma boa satisfação na relação conjugal, são dois factores

primordiais na prevenção da solidão, trazendo benefícios não só para a mãe mas também para a criança (Rapaport; Piccinini, 2006).

Antigamente existiam rituais próprios que serviam para conferir um estatuto especial e fornecer suporte social à grávida e à mãe que acabava de ter o seu bebé (Cox, 1996 *cit. in* Figueiredo, 2001b). Hoje em dia, a falência dos sistemas de apoio social e cultural, nas sociedades ocidentais, fez com que esses cultos tenham vindo a desaparecer, dando lugar à proliferação de problemas emocionais como é o caso do sentimento de solidão.

Para além destes recursos sociais, a presença de um sentido de coerência consistente por parte da mulher é um factor protector na sua adaptação à gravidez, nomeadamente na prevenção de sintomatologia psicopatológica e no reforço da ligação materno-fetal. Esta condição, ao possibilitar-lhe maior resiliência e a adopção de estratégias mais apropriadas e ajustadas à sua situação, permite à futura mãe lidar mais eficazmente com as adversidades naturais que decorrem da gestação (Pereira; Santos; Ramalho, 1999).

Se queremos que as nossas crianças tenham um bom começo de vida e que possam transmitir mais tarde os mesmos valores aos seus próprios filhos, temos que dar prioridade às necessidades de saúde mental dos bebés e dos seus futuros pais (Cepêda; Brito; Heitor, 2006).

A gravidez, bem como de todos os aspectos que lhe estão inerentes, diz respeito a todos nós, independentemente de sermos pais ou de querermos vir a sê-lo. A gravidez é indispensável à sobrevivência da espécie humana, é algo que faz parte de nós, é um dos grandes mistérios da vida.

Este trabalho pretende ser um protocolo de projecto de investigação, com o intuito de estudar alguns dos determinantes da solidão e do seu impacto na ligação materno-fetal. Com a elaboração deste projecto pretendo dar início a uma reflexão sobre a solidão na gravidez, dando relevo, por um lado, à importância do suporte social e da satisfação conjugal e, por outro, à fragilidade da relação materno-fetal e ao papel protector do sentido de coerência.

Ao tratar-se de um projecto, encontra-se pronto a ser implementado, necessitando, para isso, de tempo e disponibilidade por parte do investigador. A metodologia de investigação assenta num estudo exploratório de natureza qualitativa, com recurso a instrumentos de recolha de dados adaptados e validados para a população portuguesa.

ENQUADRAMENTO DO TEMA

1. Saúde mental e gravidez: a sua relevância em Saúde Pública

Ao longo da história da Saúde Pública, o bem-estar da grávida, bem como a sua assistência, têm vindo a ser um campo de crescente preocupação na saúde materno-infantil. Vários têm sido os alertas de profissionais e organizações de saúde para a criação de estratégias de intervenção que assegurem o bom desenvolvimento da gestação e do parto. Actualmente, um dos objectivos principais do milénio, até ao ano 2015, é o de melhorar os cuidados de saúde materna (WHO, 2010).

Há trinta anos, as maternidades eram grandes serviços de obstetrícia cuja preocupação era única e exclusivamente a de fazer diminuir as mortes e as sequelas dos problemas perinatais das mães e das crianças. Desde então, assistiu-se a uma rápida evolução conceptual que implicou um alargamento do campo de intervenção das maternidades (Leal, 1992). A preocupação pela saúde das mães e dos recém-nascidos teve como consequência principal a criação de consultas de pediatria, permitindo assim que os técnicos compreendessem que não era suficiente que um bebé crescesse e ganhasse peso, mas que era igualmente importante que adquirisse determinadas aprendizagens e competências estritamente ligadas à qualidade das relações estabelecidas (Leal, 1992). Foi neste contexto que se desenvolveu a ginecologia, implicando, por sua vez, seguimentos e cuidados cada vez mais precoces com recurso a tecnologias cada vez mais avançadas (p.ex. ecografias, amniocentese), os exames de rotina, as consultas de planeamento familiar e certas problematizações, tais como a interrupção voluntária da gravidez, a gravidez precoce, a gravidez tardia ou ainda os grupos de risco (Leal, 1992).

Antigamente, a gravidez era considerada uma condição estática e de pouca importância, interessando única e exclusivamente o seu fim, isto é, o nascimento do bebé. Sendo vista como um período de espera, um “não-acontecimento”, devia até ser escondida e nunca mencionada em sociedade (Colman; Colman, 1994). Hoje em dia, sabemos que a gravidez não é uma experiência estática, nem breve, pelo contrário é plena em crescimento e plena de mudança, enriquecimento e desafio (Colman; Colman, 1994). O período pré-natal constitui um momento crítico e vulnerável para a saúde da

mãe e do bebé, onde as experiências então vividas, tanto físicas como emocionais, têm um impacto vital em ambos, condicionando o seu desenvolvimento e repercutindo-se também no resto da família e ao longo de todo o seu ciclo de vida (Cepêda; Brito; Heitor, 2006). A gravidez passou a não ser só um assunto da mulher, mas antes uma preocupação do casal, um assunto familiar, uma questão da sociedade, uma questão de Saúde Pública.

A saúde mental e a saúde física são dois aspectos da vida humana que se encontram em estreita relação e fortemente interdependentes. À medida que se adquire mais consciência dessa conexão, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável ao bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países (OMS, 2001). Promover a saúde mental é potenciar o estado de equilíbrio que permite ao sujeito compreender, interpretar e adaptar-se ao seu meio, estabelecer relações significativas com os outros e ser um membro activo e produtivo da sociedade em que está inserido (Cepêda; Brito; Heitor, 2006).

Em Saúde Pública é cada vez mais importante fomentar a interdisciplinaridade das diversas áreas, recorrendo a uma perspectiva biopsicossocial, que, para além de tomar em consideração os aspectos biológicos, confere igual importância à influência dos factores psicológicos, sociais e culturais (Engel, 1977). O que antigamente era reduzido a aspectos médicos e a variáveis biológicas deve ser hoje entendido como o resultado de uma acção conjunta de diversas variáveis biológicas, psicológicas, sociais e culturais (Conde; Figueiredo, 2003).

O processo da gravidez, ao gerar profundas alterações, não só físicas, mas também psíquicas e sociais, é um dos acontecimentos mais sensíveis na vida da mulher e do seu companheiro. Nesta fase, a promoção da saúde mental é necessária para identificar e prevenir o surgimento de alterações prejudiciais a um desenvolvimento saudável da gravidez (Cepêda; Brito; Heitor, 2006; Silva; Caetano; Silva, 2006; Loureiro *et al.*, 2009a; Loureiro *et al.*, 2009b; Rosand *et al.*, 2011). Para além disso, ao ser um momento de grande agitação e ansiedade, a maior parte dos futuros pais encontra-se mais receptiva às intervenções propostas pelos profissionais no âmbito dos programas de prevenção e de promoção da saúde, direccionados para o aumento da autoconfiança e das competências parentais (Loureiro *et al.*, 2009a).

Os responsáveis pela Saúde Pública devem sensibilizar os interessados para os cuidados especiais a adoptar durante a gravidez, por se tratar de uma altura privilegiada para a prevenção de patologias maternas e infantis. A abordagem de tais patologias deve permitir a detecção dos problemas mais significativos vividos pelas mulheres e

suas famílias, bem como sobre as possíveis formas de lidar com eles, subsidiando e promovendo, desta forma, uma assistência preponderantemente facilitadora da situação em causa (Jussani; Serafim; Marcon, 2007). Neste contexto, é indispensável conhecerem-se, por um lado, os factores protectores, de modo a promovê-los, e por outro, os factores de risco que podem atingir as grávidas.

Jussani, Serafim e Marcon (2007), ao aprofundarem as questões relacionadas com as necessidades de suporte social das grávidas, aperceberam-se de que, em momento algum, estas fizeram referência aos profissionais de saúde. Este fenómeno leva-nos também a reflectir sobre o papel destes profissionais e a supor que os seus procedimentos não respondem, totalmente, às expectativas da mulher que vivencia esta condição. Outro aspecto importante recai na preparação e na formação dos profissionais de saúde que trabalham nesta área. É igualmente necessário capacitá-los para uma detecção precoce das alterações mentais durante a gravidez (Loureiro *et al.*, 2009a; Loureiro *et al.*, 2009b).

Em Portugal existe uma rede de cuidados de saúde primários que dá relevância aos cuidados de saúde no período da gravidez e nos primeiros tempos de vida da criança e que se articula com os serviços hospitalares de obstetrícia e pediatria (Cepêda; Brito; Heitor, 2006).

2. Tornar-se mãe

2.1. O sentido da maternidade

Foi a partir do século XIX que o conceito de maternidade começou a ganhar relevo, se acentuou e se propagou até aos dias de hoje. Segundo Delassus (1995), o vocábulo surgiu em 1122, introduzido pela Igreja Católica para se referir ao nascimento de Jesus. Antes dessa data, havia apenas o conceito de paternidade e fraternidade, não se dando qualquer valor ao papel da mulher enquanto mãe. Somente em 1795, quando foi utilizado pela primeira vez para designar o local em que ocorriam os partos, *l'Hospice de maternité*, de Port Royal, em Paris, o termo perdeu a sua conotação espiritual e religiosa, e passou a adquirir um novo significado que remetia para uma qualidade geralmente exigida às mães.

De acordo com a definição que consta na Enciclopédia Larousse, no século XIX, o papel de mãe era a única razão de ser da existência da mulher, tornando-se o instinto maternal um argumento para reclamar das mães um amor sem falhas (Delassus, 1995). Actualmente, conceptualiza-se o “feminino” e o “materno” como conceitos individuais e autónomos, que por vezes se cruzam, outras vezes se distanciam, porque a maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez (Correia, 1998; Canavarro, 2001). As características físicas, anatómicas e funcionais da mulher, embora representem pré-requisitos ou condições necessárias à sua ocorrência, não são, de forma alguma, condição suficiente para uma maternidade adaptativa (Canavarro, 2001). Por outras palavras, a gravidez e o desejo de maternidade “nem sempre andam de mãos dadas” (Leal, 1997).

No ciclo de vida da mulher, a gravidez e a maternidade surgem como duas realidades distintas, quer na dimensão temporal quer vivencial, apesar de, frequentemente, serem interpretadas e concebidas como sinónimas (Mendes, 2002).

A maternidade, palavra de origem latina, *mater*, é um fenómeno complexo, multidimensional e culturalmente determinado, iniciando-se muito antes da concepção. Com um significado que vai muito para além das questões biológicas, refere-se antes a uma vivência infinitamente variável, dependente, em grande parte, do significado que cada mulher lhe atribui. A sua representação é influenciável por diversos factores, sendo as principais variáveis mediadoras a personalidade e os processos cognitivos da

gestante (Canavarro, 2001). Inscrita numa dinâmica social que envolve não só a prestação de cuidados, mas também todo o aspecto afectivo e emocional da mulher (Correia, 1998; Canavarro, 2001), é a partir de um conjunto de factores inerentes ao seu desenvolvimento, como por exemplo as primeiras relações interpessoais, a identificação com a própria mãe, a actividade lúdica durante a infância ou o próprio período da adolescência, associados a aspectos culturais, que surge, na mulher, o sentido da maternidade (Piccinini *et al.*, 2008).

Durante a gravidez, a identidade materna passa a ser representada pela integração estruturada no *self* de um novo sub-sistema familiar – o de “mãe-filho” – que emerge e se acentua. Este fenómeno, activamente tecido com o apoio da família e das pessoas significativas para ela, é acompanhado pela reestruturação dos outros sistemas já existentes (Mendes, 2002).

Numa tentativa de associar o desenvolvimento cronológico da gravidez ao processo da maternidade, Canavarro (2001) definiu uma série de fases correspondentes a um conjunto de tarefas de desenvolvimento, através das quais a futura mãe terá de passar:

- Durante o primeiro trimestre de gravidez a gestante deve começar por aceitar esta nova realidade, através de um processo de identificação com a sua própria mãe, numa busca por referências e conhecimentos sobre a forma de se comportar perante esta nova situação e de se preparar a si própria e à sua família para a chegada do novo elemento.

- No segundo trimestre, a grávida precisa de aceitar a realidade do feto como uma identidade distinta de si própria, sendo este o ponto de partida para a diferenciação entre mãe e feto, início do desenvolvimento da ligação materno-fetal (Mendes, 2002). Concomitantemente, é fundamental que a grávida proceda a uma reavaliação e a uma reestruturação da relação, passada e presente, que tem com os seus próprios pais.

- No terceiro trimestre, é essencial que a grávida proceda a uma reestruturação da relação actual que tem com o seu companheiro, na medida em que o casal deixará de desempenhar unicamente o papel de mulher e de homem, para passar também a adoptar os novos papéis de pais. É igualmente importante uma reorganização da sua própria identidade, enquanto mulher, de forma a incorporar nela o novo papel de mãe. Simultaneamente, a gestante deve preparar-se para a separação que irá ocorrer entre si e o feto que culminará com o momento do parto. Caso já tenha filhos, será igualmente necessária uma reestruturação nesse sentido (Canavarro, 2001).

2.2. A gravidez

A gravidez, palavra de origem latina, *graviditas*, define o período de tempo que decorre entre o momento da concepção e o momento do parto, correspondendo a uma fase temporalizada de cerca de quarenta semanas (Correia, 1998). De um ponto de vista fisiológico, como é sabido, a gravidez inicia-se a partir da fecundação, o encontro entre o espermatozóide e o óvulo, que mediante uma série de divisões celulares, produz um embrião que dará origem a um ser humano (Berkow *et al.*, 2011).

A gravidez, caracterizada pela ocorrência de modificações físicas e psicológicas, é um momento ímpar e diferente de qualquer outro na vida de uma mulher. Desde sempre, foi um tema rodeado de mistério, curiosidade e adoração, simbolizado pela fecundidade, fertilidade, amor incondicional e criatividade. Um pouco por todo o mundo, os arqueólogos encontraram estátuas de mulheres fecundas, de grandes seios e de grandes barrigas (Colman; Colman, 1994). Dependendo da civilização, ser mãe é visto como uma experiência singular e única, com características específicas dos padrões da sociedade e da cultura em que a mulher se encontra envolvida (Correia, 1998).

Apesar de cada gravidez ser única e cada mulher reagir à sua própria maneira, podendo, inclusivamente, a mesma mulher reagir de forma diferente de gestação para gestação, a literatura tenta delinear um padrão comum e característico de sentimentos e emoções experienciados e descritos pela maioria das grávidas (Colman; Colman, 1994). Ao colocar a mulher em contacto com sentimentos e significados que até então lhe eram totalmente desconhecidos, o período gestacional é descrito como um tempo de “crise” de desenvolvimento que faculta, simultaneamente, perdas e ganhos, acompanhados de profundas transformações e adaptações necessárias à nova etapa que se inicia (Colman; Colman, 1994; Canavarro, 2001; Alarcão, 2006).

2.2.1. As transformações físicas

Todas as modificações que ocorrem no organismo materno têm por finalidade acolher e facilitar o crescimento do feto, assegurando-lhe o ambiente necessário ao seu bom desenvolvimento. As transformações fisiológicas, de um ponto de vista metabólico, bioquímico, hormonal e anatómico, envolvem globalmente todo o organismo da mulher provocando mudanças mais ou menos evidentes no funcionamento de uma série de aparelhos e sistemas. Como resultado, evidenciam-se sinais e sintomas, de expressão

e intensidade variáveis, que, no seu conjunto, constituem as manifestações somáticas próprias do processo de gestação (Mendes, 2002).

A placenta, indispensável ao desenvolvimento e à sobrevivência do bebé, começa a produzir uma série de hormonas que são necessárias à progressão da gravidez. A mais importante é a *gonadotropina coriónica humana* (hCG) que evita que os ovários libertem óvulos e os estimula a produzir continuamente valores elevados de estrogénios e de progesterona, necessários para que a gestação prossiga. A actividade da tiróide é igualmente estimulada, o que pode explicar o aumento da frequência cardíaca, das palpitações, da sudação excessiva e parte da instabilidade emocional. Existem outras hormonas, todas elas produzidas pela placenta, que, indirectamente, provocam alterações no metabolismo e na estrutura física materna, como é o caso do escurecimento da pele ou ainda do aparecimento de estrias rosadas no abdómen (Berkow *et al.*, 2011).

Um dos primeiros sintomas da mulher grávida é a hipersónia, necessária ao novo processo que se inicia (Rato, 1998). A partir do segundo mês, aparecem as náuseas, os enjoos e os vómitos matinais que, apesar da denominação, podem aparecer em qualquer momento do dia (Rato, 1998; Colman; Colman, 1994). As principais modificações da fisiologia materna ocorrem no sistema cardiocirculatório, respiratório, gastrointestinal e renal, para além das alterações metabólicas e hematológicas (Reis, 1993).

No sistema cardiocirculatório identifica-se um aumento do volume do sangue e do bombeamento do coração devido às alterações que se verificam no fornecimento do sangue ao útero. Quanto à pressão arterial, esta costuma diminuir durante o segundo trimestre, mas pode voltar aos níveis normais no terceiro (Berkow *et al.*, 2011).

O espaço que o útero progressivamente passa a ocupar e o aumento da produção hormonal de progesterona provocam alterações no funcionamento dos pulmões. Uma mulher grávida respira mais rápida e profundamente porque precisa de mais oxigénio para ela e para o feto. Praticamente todas as mulheres grávidas têm a sensação de falta de ar quando fazem algum esforço, em especial na fase final da gravidez (Berkow *et al.*, 2011).

À medida que a gravidez progride, a pressão que o útero exerce sobre o recto e sobre a parte inferior do intestino pode provocar obstipação. Tal obstipação pode ser agravada porque as contracções musculares involuntárias que se produzem no intestino

para deslocar os alimentos se tornam mais lentas devido aos elevados valores de progesterona presentes durante a gravidez (Berkow *et al.*, 2011).

Tal como a actividade do coração, a dos rins também aumenta durante toda a gravidez. Quando a grávida se deita, a actividade renal aumenta e reduz-se quando está de pé de forma mais acentuada, o que explica, em parte, que a mulher tenha necessidade de urinar quando tenta dormir. No último trimestre da gravidez, o aumento da actividade renal é ainda maior quando se deita de lado, uma vez que, nesta posição, a pressão que o útero exerce sobre as veias que recolhem o sangue das pernas diminui e, assim, aumenta o fluxo sanguíneo, a actividade dos rins e o bombeamento do coração (Berkow *et al.*, 2011).

2.2.2. As transformações psicológicas

Em íntima relação com o desenrolar das adaptações fisiológicas, o período gestacional é acompanhado de uma componente emocional e afectiva bastante intensa e variável (Mendes, 2002). As transformações psicológicas, caracterizam-se não só pelo surgimento de sentimentos e emoções positivas, tais como a alegria e a felicidade, mas também pela vivência de sintomatologia mais depressiva e ansiosa (Da Costa *et al.*, 1999). A sua intensidade e frequência dependerão de uma série de factores, incluindo a intensidade das mudanças e do desconforto físico, como também as transformações familiares, conjugais, sociais, culturais e até da personalidade de cada gestante (Falcone *et al.*, 2005).

Tal como acontece com outros estados de transição, a gravidez cria um equilíbrio delicado entre experiências positivas e negativas, sendo provável que cada momento de alegria, antecipação, criatividade e hilaridade seja contrabalançado por um outro momento de ansiedade, ambivalência, receio e medo (Colman; Colman, 1994). Logo que há a percepção da gravidez, seja de forma consciente ou inconsciente, pode instalar-se um quadro de insegurança (Rato, 1998). A mulher grávida pode chorar com mais facilidade ao ver filmes, reagir com mais veemência a um acontecimento trivial na sua vida diária, tornar-se propensa a rápidos acessos de ansiedade aparentemente infundados ou mudar rapidamente da raiva ao perdão. Esta labilidade emocional será mais acentuada em algumas mulheres do que noutras, dependendo da sua estrutura de personalidade, do grau de *stress* a que estão expostas e da qualidade do apoio efectivo que recebem (Colman; Colman, 1994).

Do quarto ao sexto mês, período que corresponde ao segundo trimestre da gravidez, a grávida encontra-se mais calma tanto a nível emocional como fisiológico. A ameaça de aborto espontâneo está normalmente ultrapassada e os enjoos matinais já cessaram (Colman; Colman, 1994). Por volta do quarto mês de gravidez, quando a gestante se começa a aperceber dos movimentos fetais surge a preocupação pelas alterações corporais e o medo de vir a modificar a sua própria identidade enquanto mulher. Neste momento, a mulher já tem verdadeira consciência de que está realmente grávida e começa a sentir uma maior necessidade de afecto, cuidado e protecção (Melo; Lima, 2000 *cit. in* Baptista; Baptista; Torres, 2006). A alegria inicial da descoberta da gravidez dá agora lugar a pensamentos sobre as consequências, as exigências e a responsabilidade necessárias ao desempenho do papel de mãe (Colman; Colman, 1994).

O terceiro trimestre é caracterizado, por um lado, por sentimentos de orgulho e de realização pessoal, e por outro, pelo aumento da ansiedade perante a antecipação ansiosa do acontecimento iminente, o parto (Colman; Colman, 1994). No caso das mulheres primíparas, a sua antecipação é encarada como algo de totalmente desconhecido, e, no caso das múltiparas, existe a percepção de ser um acontecimento não totalmente controlável e fisicamente muito desconfortável (Canavarro, 2001). As dores das contracções, o parto em si, o medo de morrer ou as alterações da vida diária após o nascimento do bebé, são algumas das questões antecipadas e que despoletam níveis de ansiedade bastante elevados (Melo; Lima, 2000 *cit. in* Baptista; Baptista; Torres, 2006). Um estado de insatisfação e angústia, bem como o despoletar de diversos medos relacionados com o parto e o pós-parto podem emergir (Baptista; Baptista; Torres, 2006). Esta fase é igualmente marcada por sentimentos de grande ambivalência, coexistindo, por um lado, a vontade de ter o filho e terminar o período gravítico, mas por outro, o desejo de prolongar o tempo de gravidez, de forma a adiar o momento do parto e as novas exigências que o nascimento do bebé irão trazer (Canavarro, 2001).

A ansiedade, a um nível moderado, é um dos sintomas mais marcantes durante toda a gravidez. O seu limiar máximo é normalmente alcançado no último trimestre, momento em que as gestantes, ao verem o momento do parto a aproximar-se, se tornam mais ansiosas (Da Costa *et al.*, 1999; Teixeira *et al.*, 2009). De acordo com o estudo de Podbilewicz-Schuller (1997) 6.5 % de uma amostra de 124 grávidas primíparas, avaliadas durante o terceiro trimestre de gravidez, apresentaram valores elevados de

ansiedade. No entanto, as mesmas grávidas, avaliadas dois meses após o parto, manifestaram uma diminuição desses valores (Podbilewicz-Schuller, 1997 *cit. in* Conde; Figueiredo, 2003). Existem vários estudos que confirmam este fenómeno, e que realçam o possível decréscimo do nível de ansiedade após o parto (Elliott *et al.*, 1983).

As mulheres que apresentam níveis mais elevados de ansiedade parecem carecer de apoio social e/ou conjugal (Pagel *et al.*, 1990) e são mais vulneráveis ao aparecimento de depressão durante a gestação (Nascimento *et al.*, 2009) e após o parto (Tavares, 1990 *cit. in* Pereira; Santos; Ramalho, 1999).

2.2.3. O sentido de coerência

A adopção de reacções distintas perante as transformações adversas que ocorrem durante a gravidez pode depender da forma como a grávida encara e lida com esta nova situação, naturalmente ansiogénica, favorecendo ou não o seu surgimento. A capacidade de resiliência e a utilização de uma estratégia de *coping* adequada, ao stresse provocado, vai depender da capacidade de articulação do conjunto de respostas comportamentais, emocionais e cognitivas (Nunes, 1998).

Por volta dos anos 70, Antonovsky, insatisfeito com a visão dicotómica do paradigma patogénico (estado de saúde/doença) prevalente nas ciências da saúde, apresentou um novo modelo teórico, elaborado de acordo com as linhas orientadoras daquilo que designou de paradigma “salutogénico” (Antonovsky, 1987). De acordo com o autor, devemos olhar para o que cria “saúde” e procurar a sua “origem”, em vez de nos centrarmos nas causas das doenças, na direcção patogénica (Lindström; Eriksson, 2006). Segundo esta visão, o objectivo primordial é compreender a relação que existe entre os eventos *stressantes* e as estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos com vista à manutenção ou à melhoria do estado de saúde numa das posições do contínuo entre os pólos saúde (funcionalidade máxima) / doença (disfuncionalidade) (Nunes, 1998, *cit. in* Carvalho, 2005).

Aos mecanismos de acção envolvidos nas estratégias de *coping* bem sucedidas, Antonovsky (1974) denominou-os de recursos generalizados de resistências. Estes englobam variáveis tais como a auto-estima, a estabilidade cultural e o suporte social, bem como a percepção da existência dos mesmos, entre outros factores importantes no

confronto com todos os tipos de *stressores*. Foram estas variáveis que deram origem à criação do constructo denominado *sentido de coerência* (SCO) (Antonovsky, 1987).

O sentido de coerência é definido como uma orientação global que expressa a extensão na qual o indivíduo possui um abrangente e persistente, embora dinâmico, sentimento de confiança de que: (1) os estímulos emitidos pelo ambiente interno e externo são estruturados, previsíveis, e explicáveis; (2) estão disponíveis recursos para fazer frente às exigências impostas por estes estímulos; e (3) estas exigências são desafios merecedores de investimento e comprometimento (Antonovsky, 1987). As três componentes do constructo, são: (1) a capacidade de compreensão; (2) a capacidade de gestão e (3) a capacidade de investimento, que abrangem as características cognitivas, instrumentais e motivacionais do SCO (Nunes, 1998 *cit. in* Carvalho, 2005). Pode dizer-se que o SCO é uma orientação global, um modo de olhar o mundo, uma orientação para a acção específica (Nunes, 1999).

De acordo com Nunes (1998) o SCO assume, assim, um carácter “cognitivo-afectivo” e informativo que permite ao indivíduo negar a aparente desordem da sua vida, recuperando a ordem e a sua coerência interna, ao conseguir assimilar e integrar um determinado acontecimento na sua experiência de vida. As pessoas com um SCO elevado podem até revelar-se menos afectadas emocional, psicológica, comportamental e psicossomaticamente pelos efeitos dos *stressores* a que estão sujeitas.

A gravidez é um desafio ao sentido de coerência da mulher. Uma grávida que tenha um elevado sentido de coerência, será capaz de mobilizar os seus recursos generalizados de resistência e gerir os estímulos causadores de tensão de modo a adaptar-se, sem alcançar o estado de *stress* que alcançaria uma grávida com um fraco sentido de coerência confrontada com o mesmo estímulo. Segundo os resultados obtidos no estudo de Sjöström, Langius-Eklöf e Hjertberg (2004), através da aplicação de questionários, numa amostra de 30 grávidas utentes do *Maternal Health Care Center* a sul de Estocolmo, quanto mais elevado for o sentido de coerência na vida da gestante, mais elevado é o seu nível de bem-estar e menores a sua ansiedade e predisposição para sintomatologia depressiva. Por conseguinte, um elevado sentido de coerência é um pré-requisito para lidar eficazmente com os efeitos adversos decorrentes do processo de gravidez (Sjöström; Langius-Eklöf; Hjertberg, 2004).

Pereira, Santos e Ramalho (1999), com base no seu estudo empírico, sugerem que níveis reduzidos de determinadas dimensões, tal como o suporte social e a qualidade

da relação conjugal, criam na grávida, uma vulnerabilidade física e psicológica, parecendo ter o sentido de coerência um efeito mediador na sua saúde física e psicológica. As estratégias de *coping* utilizadas por cada gestante, são função da sua história individual, social e cultural (Sjöström; Langius-Eklöf; Hjertberg, 2004).

Outro aspecto relevante, é a relação que existe entre o sentido de coerência e a sintomatologia depressiva. De acordo com o estudo de Sekizuka e colaboradores (2006), as grávidas que possuem um sentido de coerência mais baixo, comparado com o das restantes, apresentam sintomatologia depressiva mais elevada.

2.2.4. A ligação materno-fetal: início da relação de vinculação

A relação que a mãe estabelece com o seu bebé inicia-se muito antes do seu nascimento. Hoje em dia, sabe-se que esta ligação existe desde o início da gravidez e se intensifica gradualmente com o decorrer da gestação (Gomez; Leal, 2007).

Condon (1993) enfatiza a importância de os pais adquirirem experiências subjectivas relativamente ao bebé, já que os seus comportamentos de interacção são muito limitados. A representação elaborada por ambos, vai envolver, necessariamente, uma mistura de fantasia e de realidade, mas será com base nesta imagem interna que o vínculo emocional se vai estabelecer e, futuramente, consolidar.

Apoiando-se na compreensão das interacções entre mãe e feto, bem como nas suas repercussões emocionais, o avanço técnico-científico sobre a existência de capacidades sensoriais, por parte do feto, tem permitido alargar as investigações sobre a vinculação ao período fetal (Caron, 2002, *cit. in* Schmidt; Argimon, 2009; Mendes, 2002).

Cranley (1981) definiu a ligação materno-fetal como “os comportamentos da mulher que representam a ligação e a interacção com o seu filho ainda antes de nascer”. O desenvolvimento deste vínculo entre a grávida e o feto é considerado um dos processos mais importantes na gravidez, devido às repercussões que pode ter no desenvolvimento do futuro ser (Mendes, 2002). Considerando o desenvolvimento da criança, a ligação materno-fetal tem sido conceptualizada como a primeira parte de um *continuum* da relação, que começa durante a gravidez, e se estende ao relacionamento entre a mãe e o bebé após o seu nascimento (Grace, 1989 *cit. in* Schmidt; Argimon, 2009).

O princípio da ligação materno-fetal, caracteriza-se, numa fase inicial, pelo pensamento que a mulher começa a desenvolver acerca da ideia de estar grávida e, gradualmente, querer estabelecer uma relação com o filho que está a gerar (Mendes, 2002). Neste sentido, impelida pelo desejo de ter um filho, a futura mãe tenta adivinhar o sexo do bebé, escolhe um nome e um diminutivo, arranja o quarto do bebé e compra as roupas para o futuro recém-nascido à medida que experimenta as transformações ocorridas no plano corporal e relacional (Cranley, 1981; Mendes, 2002). No segundo trimestre de gravidez, a mulher já é capaz de sentir o bebé a mexer e, apesar das ecografias já realizadas, será esta a prova necessária para que a futura mãe aceite a gravidez como uma realidade concreta. À medida que o bebé vai dando provas da sua presença, a grávida começa a concebê-lo como um ser humano independente, separado de si própria (Colman; Colman, 1994).

O desenvolvimento desta ligação não está isolado da influência de outras variáveis (Mendes, 2002). A forma como a gravidez é vivenciada e integrada depende da interacção de diversos factores tais como a idade materna, a sua história pessoal, os seus antecedentes obstétricos, o contexto sócio-económico (Colman; Colman, 1994), a presença de suporte familiar (Mendes, 2002) e a existência de satisfação conjugal (Isabella, 1994). Do mesmo modo, as próprias representações mentais da mãe, e suas relações precoces de vinculação com a sua progenitora, reflectir-se-ão no seu comportamento materno (Koren-Karie, 2000; Schmidt; Argimo, 2009).

De acordo com Mendes (2002), os trabalhos desenvolvidos sobre o tema da ligação materno-fetal têm como suporte conceptual a Teoria da Vinculação, elaborada por John Bowlby (1958). Trata-se de uma concepção teórica sobre o desenvolvimento sócio-emocional que defende a existência de uma necessidade humana inata para formar laços afectivos íntimos com pessoas significativas. Esta propensão já estaria presente no embrião, continua durante a infância e propaga-se durante a vida adulta e a velhice (Schmidt; Argimon, 2009).

A Teoria da Vinculação (Bowlby, 1958) pretende explicar o fenómeno pelo qual o recém-nascido e a cuidadora vão estabelecer entre si uma ligação única e privilegiada durante o seu primeiro ano de vida. Para o autor, todos os comportamentos do recém-nascido, por exemplo, chorar, agarrar e sorrir, têm como principal finalidade estabelecer e manter a proximidade com a figura de vinculação com o intuito principal de assegurar a sua sobrevivência, garantindo, deste modo, a obtenção de segurança, protecção, alimentação e regulação emocional (Soares, 2001).

A partir das interações repetidas com a figura de vinculação, a criança vai desenvolver conhecimentos e expectativas sobre o modo como essa figura responde e é acessível aos seus pedidos de proximidade e protecção. Esta informação será progressivamente organizada em modelos internos dinâmicos, constituídos por componentes emocionais e cognitivas, que consistem em representações generalizadas do *self* das figuras de vinculação e das relações interpessoais que passam a fazer parte da sua personalidade (Soares, 2001).

Siddiqui e Hägglof (2000), ao examinarem a associação entre a ligação materno-fetal, durante o terceiro trimestre da gravidez e a interacção entre a mãe e o bebé nas doze semanas do pós-natal, identificaram que as mães que experienciaram maior afeição e fantasiaram mais sobre o seu bebé intra-útero, apresentaram maior envolvimento na interacção nas 12 semanas após o nascimento. Este fenómeno levou-nos a supor que o grau de vinculação materno-fetal está associado ao grau de envolvimento materno pós-natal.

O estudo de Condon e Corkindale (1997), realizado com 238 mulheres no terceiro trimestre da gravidez, revelou uma forte associação entre os níveis de vinculação materna e dois factores, a depressão e a falta de suporte social. As mulheres que reportaram uma ligação materno-fetal mais fraca apresentavam níveis mais acentuados de sintomatologia depressiva e níveis menores de suporte social.

Com base nestes estudos, apercebemo-nos da importância da ligação materno-fetal, inicialmente estabelecida durante o período gravítico, e da amplitude das repercussões que irá ter para a vida do futuro ser humano.

2.3. A depressão durante a gravidez

Devido à natureza da situação, o período gravídico-puerperal corresponde a uma fase de ocorrência de grandes alterações psíquicas na mulher, necessitando, por conseguinte, de uma atenção especial (Falcone *et al.*, 2005). Um processo que impõe tantas exigências, como é o caso da gravidez, é natural que tenha invariavelmente associada a existência de uma morbilidade aumentada para a sintomatologia psicopatológica (Conde; Figueiredo, 2003).

Os primeiros estudos a estimar a prevalência de perturbações psicopatológicas durante a gravidez e após o parto, realizaram-se entre os anos 60 e 80, a partir de

registros de admissão em hospitais psiquiátricos, nos EUA e no Reino Unido, concluindo que as perturbações psiquiátricas eram mais frequente após o parto do que durante a gravidez. No entanto, os estudos publicados na década seguinte, que recorrem já a medidas psicológicas administradas a sujeitos em amostras recolhidas na comunidade, são pouco consistentes com esta imagem (Conde; Figueiredo, 2003).

A perturbação que mais prevalece ao longo do período gestacional é a depressão pré-natal. De acordo com estudos recentes, a depressão pré-natal, apesar de ter sido menos estudada do que a depressão pós-parto, não é menos frequente (Eberhard-Gran *et al.*, 2001) e surge em maior intensidade durante o terceiro trimestre da gravidez (Evans *et al.*, 2001). Por exemplo, num estudo realizado com puérperas numa maternidade do Estado do Espírito Santo, no Brasil, identificaram-se 65% de mulheres com depressão na última semana de gestação, diminuindo para 26% quando avaliadas uma semana após o parto (Primo; Amorim, 2007). Resultados semelhantes verificaram-se noutros estudos (Da Silva *et al.*, 1998; Davan *et al.*, 2001; Marcus *et al.*, 2003).

Nascimento e colaboradores (2009) evidenciaram, através de um estudo realizado com uma amostra de 255 grávidas, que níveis de ansiedade elevados, uma situação conjugal não satisfatória, a falta de suporte social e o não planeamento da gravidez constituem factores de risco para o seu aparecimento.

A sintomatologia depressiva, especificamente durante a gravidez, tem consequências devastadoras não só para a própria grávida, como também para o bem-estar do bebé (Luoma *et al.*, 2001; Sotto-Mayor; Piccinini, 2005). Os estudos têm demonstrado que a depressão durante a gravidez aumenta o risco do suicídio, coloca em perigo o bom desenvolvimento fetal, aumenta a probabilidade de um parto prematuro (Burt; Stein, 2002), é um factor de risco para o surgimento de depressão pós-parto (Da Costa, 2000 *cit. in* Elsenbruch *et al.*, 2007; Milgrom *et al.*, 2008), favorece o aparecimento de problemas comportamentais e emocionais na criança (Ashman; Dawson; Panagiotides, 2008) e pode interferir no estabelecimento da relação de vinculação entre mãe e bebé (Figueiredo *et al.*, 2010).

Este fenómeno, que inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas, é cada vez mais frequente entre a população das gestantes, exigindo, como tal, que os profissionais de saúde, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários, estejam mais atentos e sensibilizados para o despiste das grávidas em risco (Nascimento *et al.*, 2009).

2.4. O significado do parto

O acontecimento físico de “dar à luz” é um fenómeno intenso, extraordinário e inesquecível na vida de qualquer mulher (Colman; Colman, 1994). Tal como a gravidez, o parto é o momento em que se dá a separação de dois seres que anteriormente estiveram unidos durante cerca de 9 meses. Um parto perfeitamente normal pode durar entre duas a vinte e quatro horas (Colman; Colman, 1994). O imprevisível, o incontável e o desconhecido são características que fazem do parto um momento de grande ansiedade (Rodrigues, 1997), sendo, para muitas mulheres, a perda de controlo o aspecto psicológico mais importante (Colman; Colman, 1994).

Na sequência do nascimento do bebé, as primeiras mudanças verificam-se a nível biológico, quando o corpo da mulher muda, abruptamente, após o parto. Os níveis de progesterona e estrogénio diminuem significativamente e existe um aumento brusco dos valores de prolactina, a hormona responsável pela lactação (Figueiredo, 2001a). A oxitocina desempenha igualmente um papel fundamental no comportamento materno (Leng; Meddle; Douglas, 2008).

2.5. O puerpério e as perturbações psicológicas

Durante o puerpério, que decorre entre o parto e o restabelecimento total da mulher, a recente mãe ainda se encontra vulnerável e pode desenvolver quadros psicopatológicos de intensidade muito variável. Já desde o tempo de Hipócrates que a relação entre o período pós-parto e as perturbações psicológicas era alvo de atenção.

De seguida serão apresentadas, sucintamente, as três perturbações psicológicas mais frequentes após o nascimento do bebé: o *baby blues* ou tristeza materna, a depressão pós parto e a psicose puerperal, estando a sua ordem de apresentação relacionada com o grau de gravidade subjacente.

***Baby blues* ou tristeza materna**

O *baby blues*, embora não possa ser considerado uma perturbação psicopatológica, é sem dúvida um desequilíbrio emocional marcante durante esta fase de desenvolvimento. Este pode ser definido como uma perturbação do humor breve e moderada, que em número muito elevado ocorre nas mulheres após o nascimento do

bebé, em consequência das alterações hormonais supracitadas (Figueiredo, 2001a). Estudos epidemiológicos têm estimado que mais de 80% das mulheres em idade reprodutiva experimenta algum sintoma traduzindo humor depressivo (Payne, 2007).

Iniciando-se por volta do terceiro ou quarto dia após o parto, os sintomas característicos do *baby blues* são a disforia e a labilidade de humor, o choro, a irritabilidade, a ansiedade, a insónia e a perda de apetite. Estes sintomas, geralmente são pouco intensos e de curta duração, podendo durar apenas umas horas ou, no máximo, cerca de três dias (Figueiredo, 2001a). Apesar da maior parte dos autores concordarem que estas mudanças de humor nos momentos imediatos ao parto estão directamente relacionadas com as alterações hormonais, alguns estudos sugerem a interferência de variáveis psicológicas (Figueiredo, 2001a).

A diferença entre a tristeza materna e a depressão pós-parto prende-se com a sua menor gravidade e evolução mais breve (Payne, 2007).

Depressão pós-parto

A depressão pós-parto pode ser definida com uma perturbação do humor que se desenvolve, com alguma frequência, entre o segundo e o terceiro mês após o parto. Trata-se de um episódio de depressão *major* que surge em íntima relação temporal e temática com o nascimento do bebé, iniciando-se por volta do segundo ou terceiro mês após o seu nascimento (e.g. O'Hara, 1997 *cit. in* Figueiredo, 2001a; Coopere *et al.*, 1988, *cit. in* Figueiredo, 2001b). São vários os estudos que apontam para a vulnerabilidade da puérpera no desenvolvimento ou no agravamento da depressão (e.g. O'Hara, Neumaber e Zekoski, 1984).

A depressão pós-parto é uma perturbação bastante corrente que atinge cerca de 10 a 15% das mulheres (Areias *et al.*, 1992; Payne, 2007). A maior parte dos autores associa a sua etiologia a uma combinação de factores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, tendendo a desenvolver-se em mulheres que não usufruem de uma rede consistente de apoio (e.g. O'Hara, Rehm; Campbell, 1997) ou que têm bebés com dificuldades temperamentais (Campbell *et al.*, 1992, *cit. in* Figueiredo, 2001b). Os estudos revelam igualmente que a existência de relações positivas com o cônjuge é um facto protector no desenvolvimento de depressão (e.g. Frizzo; Piccinini, 2005).

Comparativamente ao que acontece numa depressão normal, esta perturbação tem uma etiologia específica e caracteriza-se por problemáticas relativas ao desempenho do papel materno e à presença do bebé. Estes sintomas são queixas físicas, tal como fadiga e perda de apetite; níveis elevados de ansiedade e preocupação; extrema culpabilidade; perda muito significativa de auto-estima; agravamento dos sintomas com o decorrer do dia e insónia de adormecimento. Ao contrário do que acontece com o *baby blues*, as mulheres são incapazes de realizar as suas tarefas habituais, interferindo substancialmente na sua autonomia e disponibilidade para o recém-nascido (e.g. Figueiredo, 2001b). Esta patologia pode afectar não só a mãe e o bebé, mas também o próprio pai (Frizzo; Piccinini, 2005).

A depressão pós-parto tem uma duração média de 3 a 4 meses, embora os sintomas se possam manter a um nível clinicamente significativo até à idade de um ou dois anos do bebé (e.g. Figueiredo, 2001b).

É importante chamar a atenção para o facto de que este quadro clínico é muitas vezes sub-diagnosticado, tanto durante, como após o nascimento do bebé. As mulheres em risco são raramente assinaladas durante as consultas de saúde materno-infantil (Forman *et al.*, 2000).

Psicose Puerperal

A psicose puerperal é a perturbação psicopatológica mais grave que acontece em estreita relação temática e temporal com o nascimento do bebé, iniciando-se nas duas ou três semanas após o parto (Figueiredo, 2001a). A sua incidência é extremamente baixa, atingindo entre 0.1 a 0.2% das grávidas (Zanotti *et al.*, 2005 *cit. in* Silva; Botti, 2005). As mulheres com doença bipolar ou esquizofrenia correm maior risco.

Esta perturbação define-se pela emergência repentina e de certo modo inesperada de sintomatologia psicótica, observando-se uma alteração muito significativa no contacto da mulher com a realidade, nomeadamente com o seu bebé. Os sintomas característicos englobam confusão mental, agitação psicomotora, angústia e insónia, podendo evoluir para estados maníacos, melancólicos ou até mesmo catatónicos (Zanotti *et al.*, 2005 *cit. in* Silva; Botti, 2005). Tentativas de homicídio contra o bebé podem surgir.

3. Motivações e recursos sociais da futura mãe

Nos momentos de transição e de modificações psicossociais e fisiológicas, como é o caso da gravidez, é reconhecida uma necessidade acrescida de suporte social (Rapoport; Piccinini, 2006; Baptista; Baptista; Torres, 2006; Jussani; Serafim; Marcon, 2007; Elsenbruch *et al.*, 2007). O novo papel desempenhado pela grávida, bem como a mudança nas suas relações interpessoais, desenham-se num novo contexto que a torna mais dependente de um sistema social de apoio que dê resposta às necessidades acrescidas de amparo, atenção e aceitação decorrentes da gravidez. A sua não existência ou não satisfação é considerada um factor de risco para o bem-estar da mulher durante e após a gestação (Elsenbruch *et al.*, 2007).

De forma a enquadrar esta problemática, irei começar por abordar a importância de uma rede social efectiva, aprofundando, posteriormente, a sua maior necessidade durante o período de gestação.

3.1. A necessidade de pertença e as relações interpessoais

O conceito de relação interpessoal é lato e remete para uma infinidade de formas assumidas pela relação entre dois ou mais indivíduos, nos mais diversos contextos temporais, espaciais e funcionais (Canavarro, 1999). Por exemplo, Bersheid (1986) (*cit. in* Canavarro, 1999) definiu o conceito de relação interpessoal entre dois indivíduos como o impacto que um tem sobre o outro de tal forma, que mudanças operadas num deles acarretam implicações no estado do outro.

É através das relações interpessoais que o ser humano é capaz de vivenciar as suas mais profundas experiências de segurança e de ansiedade, de poder e de impotência, de unidade e de separação (McAdamns, 1988). Na verdade, as relações interpessoais são capazes de consolar e de preencher as nossas maiores carências e privações pessoais, à medida que satisfaz as nossas próprias necessidades psicológicas.

Para explicar em que consiste uma necessidade psicológica, Murray (1938) (*cit. in* McAdamns, 1988), retratou-a como uma “força interna” que determina e influencia a percepção, o pensamento e o comportamento das pessoas. Maslow (1968) (*cit. in*

McAdamns, 1988), ficou conhecido por ter conceptualizado os comportamentos interpessoais de acordo com uma hierarquia de necessidades pessoais, desde a necessidade mais básica, como a necessidade de segurança, até às necessidades mais elaboradas, como a necessidade de pertença, de auto-estima e de auto-actualização.

A capacidade de estabelecer relações interpessoais, decorrente da necessidade de pertença, é considerada uma parte fundamental e substantiva da natureza humana. De acordo com a teoria psicossocial do desenvolvimento (Erikson, 1963), são as relações sociais a base do desenvolvimento humano desde o nascimento até à vida adulta. A criança, ao ter que passar por diferentes estádios ao longo do seu desenvolvimento, deverá ter que resolver conflitos relacionais, com vista a construir o seu sentido de confiança, o seu sentido de segurança, o sentido de si e a capacidade para, futuramente, estabelecer e desenvolver relações profundas e significativas com os outros (Heinrich; Gullone, 2006). De igual forma, Bowlby (1958), realça a predisposição inata de a criança querer manter uma relação de proximidade com os familiares que lhe proporcionam segurança e protecção. Numa primeira fase, fá-lo através de sinais, tais como o choro e o sorriso, que permitem que o cuidador se mantenha próximo dele. À medida que vai crescendo, apesar de adoptar estratégias de aproximação e de sinalização diferentes, o objectivo permanece idêntico. O estabelecimento de uma relação de vinculação vai proporcionar-lhe a aquisição da capacidade para, ele próprio, mais tarde, poder criar relações de intimidade.

Sendo o homem “um animal social” por natureza, já dizia Aristóteles, a necessidade de relações afectivas não é função da idade, do estatuto social, do nível socioeconómico nem do estado de saúde (Medora; Woodward, 1986). Com base nos paradigmas supracitados, apercebemo-nos de que, desde o seu nascimento, o ser humano tem a propensão para criar laços sociais, e a sua sobrevivência é função da relação de vinculação que estabelece com os seus progenitores. Como refere Murray (1938), uma das necessidades do ser humano é a necessidade de pertença, que se refere à procura do indivíduo pelo estabelecimento de relações interpessoais de amizade e pela aceitação no seu grupo de pares.

A actividade cognitiva, as reacções emocionais e o comportamento do ser humano estão intimamente ligados à satisfação da necessidade de pertença. Quando esta não está a ser regulada, o indivíduo, ao não se sentir bem psicologicamente, poderá experienciar sentimentos de solidão, de alienação ou até de isolamento social (Mellor *et al.*, 2008). A longo prazo, poderá, inclusivamente, apresentar sintomatologia patológica

tal como humor depressivo, ansiedade ou problemas psicossomáticos (Baumeister; Leary, 1995).

Esta necessidade de pertença não termina na infância, mas antes se transforma numa necessidade de filiação e de relacionamento social, essencial para o seu bem-estar físico e psicológico do indivíduo ao longo de toda a sua vida (Cacioppo *et al.*, 2000; Hawkey; Cacioppo, 2003).

3.2. A solidão

Quando a necessidade de pertença não está a ser satisfeita, devido à falta de uma rede social consistente ou, simplesmente porque é consequência de um suporte social não satisfatório, o indivíduo vai experienciar um mal-estar psicológico e emocional, espelhado por sentimentos desagradáveis e a que corresponde a experiência de solidão. Mellor e colaboradores (2008) recorreram a este conceito para explicar a ligação entre a regulação da necessidade de pertença e o bem-estar psicológico.

A solidão é descrita com conotação subjectiva e negativa, de quem se acha ou se sente desacompanhado ou só. Trata-se de um constructo extremamente complexo e amplo, que facilmente se pode confundir com o isolamento, o abandono, a incomunicação ou até a clausura (Fernandes; Neto, 2009). Têm sido sugeridas várias definições de solidão. Por exemplo, Peplau e Pelman (1982) definiram-na como uma experiência desagradável que deriva de importantes deficiências na qualidade ou na quantidade das relações sociais do indivíduo. Russel (1996) defende que a solidão pode ser definida como a percepção da insuficiência de suporte social, físico e emocional, considerada como deficiente quando necessária. Perlman (2004) descreve-a como sendo constituída por sentimentos incomodativos que surgem quando o sujeito percebe uma discrepância entre as relações sociais que desejaria ter e aquelas que realmente tem. De acordo com Russel e colaboradores (1980; 1978), a solidão está relacionada com uma série de características da personalidade, entre as quais, baixa auto-estima, timidez, sentimentos negativos, *locus* de controlo externo e relações sociais insatisfatórias. O grau de suporte social, de integração social e as interações negativas passadas são, inevitavelmente, intervenientes de peso na percepção de solidão (Cohen, 2004).

Apesar da diversidade de definições de solidão e das perspectivas conceptuais diferentes, todas elas têm em comum três aspectos (Peplau; Perlman, 1982). Por um lado, todas as definições implicam que a solidão resulta de deficiências ao nível das relações sociais do indivíduo. Em segundo lugar, a solidão é sempre vista como um fenómeno psicológico subjectivo e, por isso, não pode ser considerado como sinónimo de isolamento social. Em terceiro e último lugar, a solidão resulta de um relacionamento claramente deficiente. De acordo com Fernandes e Neto (2009) a solidão terá que ser vista como o resultado da insatisfação com o número ou a qualidade dos contactos que a pessoa tem e não com a total ausência de contacto social.

Sendo o ser humano sociável por natureza, normalmente ninguém deseja sentir-se só. No entanto, parece haver pessoas mais sociáveis do que outras, necessitando, pelas suas características individuais, de estar mais ou menos sozinhas. Apesar do ser humano não ter sido feito para viver na solidão, em determinados momentos da vida, uma pessoa até pode precisar de estar mais isolada ou sozinha (Fernando; Neto, 2009). Por exemplo, a solidão é um estado procurado por inúmeros artistas, escritores e músicos, com vista a produzirem as suas obras de arte (Fernandes; Neto, 2009).

A forma como a pessoa pensa sobre a sua vida social, vai moldar a sua própria experiência de solidão (Perlman; Peplau, 1998). Sentir-se só não significa, necessariamente, que a pessoa esteja realmente só (Peplau; Perlman, 1982). Estando rodeado de pessoas, qualquer um pode sentir-se desacompanhado. O contacto social, por si só, não é suficiente para satisfazer a necessidade de pertença (Heinrich; Gullone, 2006). Jones (1982) mostrou que o número total de amigos não é um bom preditor do sentimento de solidão e, no mesmo sentido, Fischer e Phillips (1982) (*cit. in* Heinrich; Gullone, 2006) mostraram que nem todas as pessoas com uma rede social pequena se sentem sozinhas. Mellor e colaboradores (2008) explicam que as pessoas que, apesar de possuírem contactos sociais regulares não obtêm satisfação nessas relações, também não têm a necessidade de pertença satisfeita, e, por conseguinte, sentem-se igualmente sós.

Weis (1973) chama a atenção para a natureza multidimensional da solidão, identificando dois tipos diferentes: a solidão social e a solidão emocional. Enquanto a solidão social corresponde a uma carência de relações de afiliação e produz um sentimento de marginalização, de isolamento e de não ser aceite pelos outros, a solidão emocional equivale à ausência de relações de apego, ligadas especificamente à pessoa

que proporciona uma base segura e, que, quando ausente, produz uma sensação de vazio.

A solidão pode afectar gravemente a vida dos indivíduos. A compreensão dos seus fenómenos e dos seus determinantes tem importância, nomeadamente pela sua interferência na nossa saúde física e mental (Fernando; Neto, 2009).

Tal como já foi referido, a solidão é considerada um factor de risco de grande peso, por estar associada a uma série de problemáticas, tais como: baixa auto-estima, pouca satisfação com a vida (Goodwin; Cook; Young, 2001 *cit. in* Fernandes; Nunes, 2009), depressão (Peplau; Perlman, 1982; Eisses *et al.*, 2004), desordens emocionais (DiTommaso; Cacioppo, 1999 *cit. in* Fernandes; Nunes, 2009), ansiedade (Lasgaard *et al.*, 2011), alcoolismo, doenças físicas (Ernst; Cacioppo, 1999 *cit. in* Fernandes; Nunes, 2009) e até ideação suicida (Kidd, 2004).

Durante a gravidez, a mulher fica mais vulnerável de um ponto de vista emocional, podendo mais facilmente experienciar este tipo de sentimentos. A solidão, ao poder ter repercussões importantes na dinâmica e no funcionamento psicológico da grávida (Fernandes; Neto, 2009), pode também interferir no desenvolvimento fetal. Como factores de protecção contra o surgimento de sentimentos de solidão, a literatura aponta para a existência de uma relação conjugal estável e um nível sócio-económico elevado (Perlman; Peplau, 1998).

Num estudo realizado por Rokach (2004), que pretendeu investigar, através de um método qualitativo, a solidão durante a gravidez e durante o puerpério, ao comparar grávidas e mães recentes com mulheres não grávidas, concluiu que, ao contrário do que a literatura mencionava, o grupo em estudo não apresentou valores superiores ao grupo de controlo. No entanto, Rokach salienta que, apesar das grávidas e das mães experienciarem, seguramente, sentimentos de solidão, estas, ao não a encararem como uma dimensão extrínseca à gravidez, atribuíram-na à própria gestação e à experiência da maternidade. O autor sugere que a solidão foi considerada por estas como um aspecto inerente ao processo da maternidade e, como tal, não foi partilhado nem condenado pela sua amostra representativa da população norte-americana (Wolf, 2001 *cit. in* Rokach, 2004).

Geller (2004), através de um estudo prospectivo de coortes numa comunidade urbana latina com 53 grávidas no primeiro trimestre de gestação, comparando com um grupo de controlo, pretendeu principalmente caracterizar e identificar uma possível

associação entre a experiência de sentimentos de solidão e as idas ao hospital sem marcação. Os resultados evidenciaram associações positivas, bem como o facto das grávidas mais velhas experienciarem níveis de solidão mais elevados. Assim, de acordo com a perspectiva do autor, quando a grávida usufrui de pouco suporte social, tem mais necessidade de recorrer aos profissionais de saúde de forma imprevista, procurando assim, o apoio de que carece. O estudo não identificou associações entre a solidão e o estatuto marital, nem com o número de vezes que a mulher engravidou e o nível de educação.

3.3. A percepção de suporte social

O conjunto de relações interpessoais que cada indivíduo mantém é designado de rede social, e inclui desde as relações mais íntimas com a família e com os amigos próximos, até às mais formais, com os colegas de trabalho e outros grupos sociais. É através desta rede social que as pessoas se definem como “socialmente integradas” na sociedade e no contexto em que coabitam (Seeman, 1996).

Antonucci (1976), segundo uma perspectiva desenvolvimentista, concebeu o chamado “Modelo em Comboio”, metáfora utilizada para conferir a ideia de que cada indivíduo viaja ao longo do ciclo da vida rodeado por um conjunto de pessoas, distribuídas de forma hierárquica, a quem dá e de quem recebe vários tipos de suporte (Canavarro, 1999).

Lewis (1987) define rede social como um sistema composto por “vários objectos sociais, funções e situações”, que proporcionam apoio instrumental, informativo e emocional, de acordo com as necessidades do indivíduo. O apoio instrumental refere-se à ajuda financeira, material e à divisão das responsabilidades; o apoio informativo diz respeito à informação prestada para capacitar o sujeito a lidar com os seus problemas; e o suporte emocional envolve a expressão de empatia, afeição, aprovação, simpatia e preocupação com o outro (Cohen, 2004).

Desde meados dos anos 70 tem vindo a observar-se um crescimento da investigação relacionada com o impacto que as relações sociais podem ter na saúde e no bem-estar dos indivíduos (Seeman, 1996). As redes sociais, ao permitirem fornecer suporte social, constituem um factor influente na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos ao longo de todo o seu desenvolvimento (Lewis, 1987).

Hoje em dia está comprovado que, especialmente nos momentos de crise, o suporte social permite reduzir o isolamento e aumentar a satisfação pela vida. A sua capacidade de aliviar o *stress*, inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente, desempenhar um papel positivo na sua recuperação (Rodin; Salovey, 1989 *cit. in* Ribeiro, 2002), faz do suporte social um aspecto de muita importância na promoção da saúde e na prevenção das doenças. Este conceito, contém em si a informação de que o indivíduo é amado, estimado e valorizado pelos membros da sua rede social, funcionando, assim, como amortecedor da influência negativa da ansiedade, e protector relativamente ao surgimento de mal-estar psicológico e até de doenças mentais (Cobb, 1976).

Schwarzer e Leppin (1991), através de uma meta-análise realizada sobre 55 estudos, confirmaram que os indivíduos com falta de suporte social apresentam um estado de saúde considerado inferior. Na mesma linha de pensamento, Kessler, Price e Wortmanes (1985) sustentam que o suporte social é capaz de proteger os indivíduos que estão em risco de desenvolverem perturbações mentais.

O suporte social tem sido considerado um constructo multifactorial e de grande complexidade, podendo ser conceptualizado em termos objectivos ou subjectivos (Baptista; Baptista; Torres, 2006). Na verdade, não existe um consenso sobre a sua conceptualização e mensuração, apresentando-se de forma ambígua e diversificada (McNally; Newman, 1999). A investigação tanto se refere a aspectos objectivos, tais como o número de amigos íntimos ou o número de contactos sociais, como a aspectos mais subjectivos, tal como a percepção que o indivíduo tem da adequação e da satisfação que a dimensão social tem na sua vida (Ribeiro, 2002). No entanto, apesar desta falta de unanimidade, a maior parte dos estudos defende que os resultados de saúde são melhor explicados pela percepção do suporte social do que pelos aspectos mais tangíveis (e.g. Wethington; Kessler, 1986; Uchino; Cacioppo; Kiecolt-Glaser, 1999).

A família pode ser compreendida como um sistema complexo, composto por vários subsistemas que estão em constante interacção e se influenciam mutuamente (Alarcão, 2006; Lewis, 1987). Além desta dinâmica de funcionamento interno, outros sistemas, que se encontram fora do núcleo familiar, vão igualmente exercer influências importantes na interacção e no desenvolvimento dos seus membros. Estes são, por exemplo, a comunidade, os serviços de saúde ou os colegas de trabalho. As pessoas que compõem esta rede externa de apoio e as funções que também exercem estão

dependentes do contexto social, cultural e do estágio de desenvolvimento do indivíduo e da sua família (Dessen; Braz, 2000).

Durante a gravidez, está comprovado que um suporte social efectivo previne substantivamente o surgimento de psicopatologias (Brigido, 2010), e o aparecimento de sintomatologia depressiva e ansiosa (Clay; Seehusen, 2004; Elsenvruch *et al.*, 2007; Baptista; Baptista; Torres, 2006), passíveis de emergir neste momento de maior susceptibilidade emocional. Os estudos têm também demonstrado que um bom suporte social durante a gravidez está associado ao grau de desenvolvimento fetal, observado pelo maior peso da criança aquando do seu nascimento (Feldman *et al.*, 2000).

Oakley e colaboradores (1996), ao acompanharem, durante sete anos, 509 famílias, de entre as quais somente metade recebeu apoio social, puderam concluir que no grupo que recebeu suporte social existiram menos casos de baixo peso à nascença, hospitalizações antes do parto e uma baixa percentagem de cesarianas. Os bebés deste grupo precisaram, posteriormente, de menos cuidados intensivos e tiveram uma vida mais saudável nas primeiras semanas de vida, comparativamente aos bebés do outro grupo. Até sete anos após o nascimento, as vantagens do apoio social efectivo foram confirmadas. Estes resultados parecem comprovar assim a função promotora de saúde que o apoio social fornece no decurso da gravidez, influenciando não só a própria experiência de gestação, mas também todo o desenvolvimento ao longo da primeira infância (Rapoport; Piccinini, 2006).

No estudo realizado por Dessen e Braz (2000) com 15 casais de classe social baixa, a maior parte das mulheres relataram alterações na sua rede de apoio durante a actual gravidez. De entre estas alterações, as grávidas referem-se a mudanças positivas, tais como a presença de familiares e amigos; as orientações recebidas sobre a alimentação, gravidez e filhos; a ajuda financeira; a ajuda nas tarefas domésticas e cuidados com os filhos e a melhoria no relacionamento com o marido e a restante família. Contudo, as mães também referiram aspectos negativos, tais como: uma diminuição da presença de familiares e de amigos, ressentida pela falta de carinho, dedicação e atenção; o afastamento de amigos e de outras pessoas significativas; um aumento das dificuldades no relacionamento com o marido e com a família; e alterações de humor, tais como ansiedade e agressividade. Foi também relatado, por ambos os pais, a existência de uma diminuição das actividades de lazer e um consequente aumento do tempo de permanência em casa.

Goldstein e colaboradores (1996), chamam a atenção para as dimensões envolvidas na avaliação do apoio social por parte das gestantes, enfatizando a fonte de apoio social e a acção do apoio social como minimizador de ansiedade. No seu estudo, os autores evidenciaram que a dimensão mais importante foi a fonte de suporte social, seguindo-se a da satisfação com o suporte social (Goldstein; Diener; Mangelsdorf, 1996). O sistema de apoio mais regulador, influente e determinante no decurso da gravidez foi apontado como sendo o do companheiro. No caso de mães solteiras, outros adultos podem também ter potencial para desempenhar a mesma função que um cônjuge (Simons; Johnson, 1996).

A seguir ao companheiro, as entidades sociais que proporcionam maior apoio emocional e instrumental à grávida são os avós (Dessen; Braz, 2000) e as amigas (Jussani; Serafim; Marcon, 2007).

3.4. A satisfação e o suporte conjugal

O cônjuge desempenha o papel mais importante do suporte social, tanto de um ponto de vista emocional como instrumental (Sameroff, 1933 *cit. in* Canavarro, 1999; Richardson, 1984 *cit. in* Mendes, 2002; Simons; Johnson, 1996), devido à frequência e à intensidade que pressupõe tal tipo de relação. Em último caso, este relacionamento poderá, inclusivamente, condicionar o correcto estabelecimento da relação materno-fetal (Mendes, 2002).

A satisfação conjugal tem sido alvo de muita investigação, por ser encarada como a variável central da felicidade conjugal (Narciso, 2001). De acordo com Thompson (1998) (*cit. in* Narciso; Costa, 1996), o termo “satisfação conjugal” só pode ser medido através de uma avaliação subjectiva e pessoal que o casal pode fazer da sua própria relação. Pelo contrário, a “qualidade da relação” é um constructo multidimensional e mais vasto que se refere ao desempenho dos elementos do casal na relação, podendo ser avaliados através de critérios mais objectivos.

Segundo Narciso (2001), a satisfação conjugal, de acordo com uma visão sistémica, é comparada a um *puzzle*, sendo a conjugalidade um conjunto de *puzzles* que, no seu todo, contam uma determinada história. Encaixados numa peça central, que é a satisfação, encontram-se os *factores centrípetos* (os processos afectivos – sentimentos de amor, intimidade e compromisso; os processos cognitivos – pressupostos e padrões,

percepções, atribuições e expectativas; e os processos comportamentais – a comunicação, os conflitos, a resolução de conflitos e o controlo relacional). À volta encontra-se o *factor tempo* que é rodeado de *factores centrífugos* (factores pessoais – família de origem, rede social e trabalho; e factores demográficos – idade, estatuto socioeconómico, origem cultural e sexo). Todas estas peças podem mover-se, na medida em que se trata de processos dinâmicos e sistemas vivos, onde a mudança numa peça implica, necessariamente, mudanças nas outras (Narciso, 2001).

Durante a gravidez, o casal prepara-se para integrar um novo elemento na sua relação. Sobretudo no caso de ser o primeiro filho, o companheiro, que habitualmente era percebido fundamentalmente como parceiro romântico, passa também a desempenhar o papel de “pai do filho”, com quem a mulher vai partilhar enormes responsabilidades, como é o de cuidar e o de educar uma criança. Estas novas identidades e funções não se formam de maneira aditiva, mas exigem, pelo contrário, uma reestruturação e a sua posterior integração num todo pré-existente. Como tal, o relacionamento conjugal irá ser desafiado e posto à prova (Canavarro, 2001).

Vários têm sido os estudos realizados sobre o envolvimento do cônjuge após o nascimento do bebé, todavia, pouco tem sido investigado quanto à sua participação durante o período da gestação (Piccinini *et al.*, 2004). Segundo Correia (1998), conta-se que foi Luís XIV que, em 1663, ao chamar um cirurgião para ajudar no parto da sua amante, iniciou a presença dos homens no parto. Até essa data, o nascimento bem como os assuntos a ele associados eram camuflados e circunscreviam-se ao domínio feminino. Hoje em dia, isso já não se verifica. Nas últimas três décadas, o envolvimento masculino, na gestação, no parto e na paternidade, tem vindo a crescer. Os homens estão mais conscientes da grandeza da transição que ocorre nas suas vidas, procurando eles próprios usufruírem da sua experiência pessoal (Colman; Colman, 1994).

A grávida passa frequentemente por uma necessidade acrescida de ternura e sensualidade, solicitando ao cônjuge mais atenção e afecto para que haja uma relação conjugal saudável. Trata-se de um período de crescimento e desenvolvimento da relação conjugal, pelo que deve ser vivido em plena cumplicidade. Nesta fase, o fortalecimento dos laços maritais e um bom ajustamento favorecem a adaptação da mulher à gravidez, promovem a sua ligação ao feto (Lederman, 1996 *cit. in* Mendes, 2002) e previnem o aparecimento e o desenvolvimento de depressão pós-parto (Sotto-Mayor; Piccinini, 2005).

No fim da gravidez, dado que a ligação mãe-bebé é muito forte, é frequente a unidade mãe-criança sobrepor-se a outras relações, entre as quais a relação marital, e é frequente que o elemento masculino se sinta excluído (Alarcão, 2006). Alguns estudos têm revelado que grande parte das expectativas dos casais, de maior cumplicidade e envolvimento durante o período de gestação, não se confirmam, identificando a existência de um declínio na satisfação conjugal associado ao período pré-natal (Pereira; Santos; Ramalho, 1999). A percepção do investimento emocional e do tempo que a gravidez e a maternidade implicam, pode ser perspectivado como um “roubo”, uma “perda” de uma organização conjugal, ou de exclusividade, anteriormente existente (Canavarro, 2001).

Ambos os estudos realizados por Wilkinson (1995) e Crohan (1996) concluíram que o declínio na satisfação conjugal era mais pronunciado entre os casais que passavam pela transição para a parentalidade, a partir do nascimento do primeiro filho, do que os casais que não tinham filhos. No mesmo sentido, Anderson, Russel e Schumm (1983) concluíram que, em média, a satisfação conjugal é mais alta no início do casamento, declina com o nascimento do primeiro filho, e volta a crescer quando os filhos se tornam adolescentes e deixam a casa dos pais.

Hoje em dia, apesar das alterações cada vez mais marcadas nos padrões conjugais, os estudos mais recentes têm apresentado resultados semelhantes. Por exemplo, Rothman (2004), num estudo longitudinal com 114 casais, concluiu que a satisfação conjugal permanece estável desde o início do casamento até à gravidez, momento em que se observa um declínio significativo (Rothman, 2004, *cit. in* Menezes; Lopes, 2007). Outras investigações também apontam para o facto de não ser a transição em si que provoca o declínio na satisfação conjugal, mas ser antes o grau de envolvimento emocional que influencia a maneira mais ou menos adaptativa de atravessar esse momento de crise (Menezes; Lopes, 2007).

Apesar do possível aumento de *stress* e conflitualidade, outros estudos também indicam que os casais têm tendência a sentirem mais afecto um pelo outro e a demonstrarem maior satisfação conjugal (Sanders; Robin, 1987 *cit. in* Mendes, 2002).

Piccinini e colaboradores (2008) realizaram um estudo de natureza qualitativa com o intuito de determinar os sentimentos das gestantes em relação à maternidade em áreas específicas. Relativamente à satisfação e ao apoio conjugal, as grávidas referiram estar satisfeitas com o facto de os companheiros terem passado a dividir mais as tarefas

domésticas e de sentirem, nesta fase, maior solidez no relacionamento conjugal. Contudo, referiram igualmente sentir ciúme e insegurança perante a vida social do companheiro e a vinda do bebé.

No primeiro trimestre da gestação, um bom ajustamento conjugal e a experiência de satisfação no relacionamento conjugal traduzem-se num menor grau de incómodo sentido pela mulher (Da Costa *et al.*, 1999), funcionando assim como um factor protector dos efeitos *stressantes* da gravidez. Pelo contrário, a insatisfação no relacionamento está claramente associada a um desajustamento emocional por parte da gestante (Rosand *et al.*, 2011). A partir do terceiro trimestre da gravidez, esta variável passa a estar intimamente ligada ao grau de ansiedade experienciado pela gestante (Da Costa *et al.*, 1999).

Conforme o estudo longitudinal realizado por Hidalgo e Menendez (2003), com 96 casais durante a transição para a parentalidade, são factores como o suporte emocional dos cônjuges, o envolvimento paterno com o bebé e a satisfação com a divisão dos trabalhos domésticos, que vão influenciar a forma como a relação conjugal se desenvolve. A falta de atenção e suporte por parte do cônjuge representam um importante factor de risco tanto para o bem-estar da gestante como para a saúde do bebé (ElsenBruch *et al.*, 2007).

Durante o período de gestação, o envolvimento do cônjuge, enquanto pai, deve ser compreendido de modo particular, uma vez que o vínculo que se cria entre pai e filho é estabelecido de modo indirecto (Piccinini *et al.*, 2004). De acordo com May (1982), o envolvimento paterno não se refere apenas a comportamentos físicos, mas também, e sobretudo, a uma componente mais emocional e afectiva, adoptando a mãe o papel de mediadora entre pai e filho.

Na sociedade moderna, em que os avós muitas vezes não estão perto para cuidarem da filha grávida ou ajudar nos preparativos para a vinda do bebé, porque estão a trabalhar ou porque vivem longe, faz também com que a presença do companheiro se torne crucial e imprescindível (Colman; Colman, 1994).

4. Por um modelo integrador

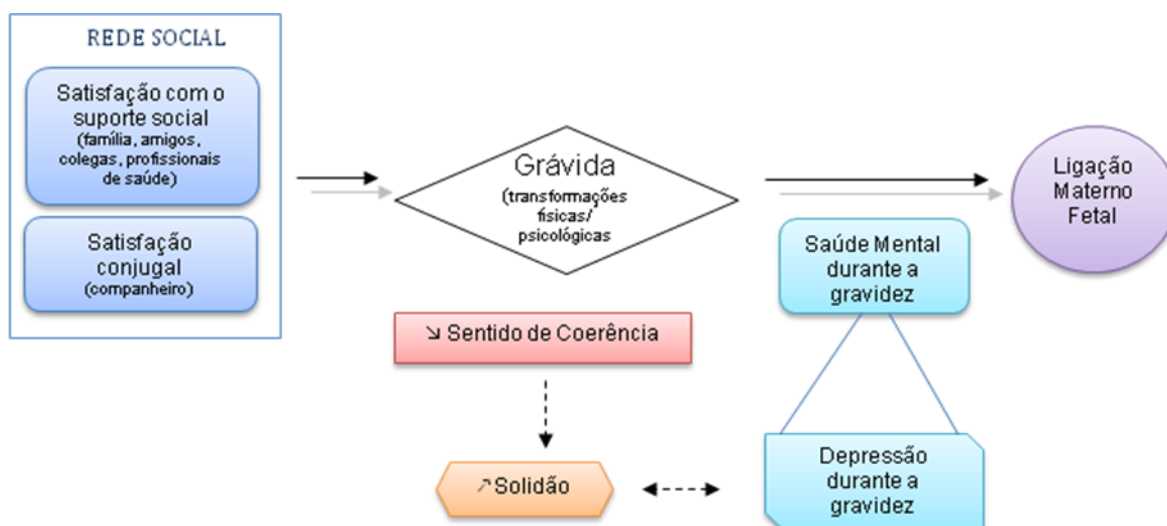
A tendência integradora do conhecimento nos diversos paradigmas conduz a abordagens multidisciplinares em que devem ser consideradas as influências dos diversos factores na procura da explicação de um dado fenómeno. Em termos ideais, dever-se-ia estudar todos os factores que influenciassessem a ocorrência espontânea da própria vida, só assim se poderia assegurar uma validade total da investigação, em que o número infinito de variáveis fosse possível avaliar através da metodologia utilizada. Uma vez que este panorama não é passível de se concretizar, torna-se necessário delimitar as fronteiras do problema em estudo (Canavarro, 1999).

Numa perspectiva de Saúde Pública deve-se dar relevância substancialmente aos aspectos preventivos, tomando em consideração, por um lado, os factores que protegem e favorecem o equilíbrio da pessoa e o seu desenvolvimento, isto é, os factores protectores, e por outro, as circunstâncias e as dimensões nocivas que aumentam a vulnerabilidade e proporcionam instabilidade, isto é, os factores de risco (Cordeiro, 2002). De acordo com a óptica evolutiva, deve conceber-se o indivíduo como necessitando de um certo número de condições ou factores de suporte para não adoecer, tanto de um ponto de vista físico como mental. Estas dimensões são de natureza física, psicossocial e sociocultural, podendo a doença surgir quando existe um desequilíbrio qualitativo no sentido da carência ou no sentido do exagero. Por conseguinte, a nível populacional, torna-se essencial, por um lado, intervir no sentido de favorecer os factores protectores da saúde mental e, por outro, evitar ou atenuar o impacto dos factores de risco que colocam em perigo a saúde mental do indivíduo (Cordeiro, 2002).

Com base na revisão da literatura e na proposta visando a realização de um estudo exploratório, proponho um modelo simplificado, que integra os conteúdos destacados precedentemente e que se pretendem medir através desta investigação (cf. Quadro 1).

Durante a gravidez, estando a mulher mais sensível e vulnerável, é fundamental poder contar com uma rede social consistente, que englobe, por um lado, satisfação com o suporte social (e.g. Rapoport; Piccinini, 2006; Jussani; Serafim; Marcon, 2007; Elsenbruch *et al.*, 2007) e por outro, caso possua um relacionamento, satisfação na relação conjugal (Pelman; Peplau, 1998; Lederman, 1996 *cit. in* Mendes, 2002; Rosand

et al., 2011). No presente estudo, a satisfação com o suporte social será considerada como uma aproximação ao suporte social, e, do mesmo modo, a satisfação conjugal, uma aproximação ao suporte conjugal. A presença ou a ausência de ambos os factores terá um impacto considerável e decisivo na adaptação da mulher à gravidez e, em último caso, na qualidade da ligação que esta vai estabelecer com o feto, ainda antes do seu nascimento (Mendes, 2002).



Quadro 1 – Modelo integrador

Pensando nas suas consequências, facilmente se deduz que, ao não usufruir de uma rede social satisfatória, a grávida irá, inevitavelmente, experienciar sentimentos desagradáveis, como por exemplo a solidão. Em último caso, pode, inclusivamente, ter uma probabilidade acrescida de desenvolver um quadro de depressão durante a gravidez, devido à interferência que tal fenómeno pode ter na sua saúde mental (Nascimento *et al.*, 2009).

A experiência da gravidez, ao sujeitar a mulher a uma série de pressões de natureza diversa, pode ser também encarada como um momento de desafio ao seu sentido de coerência. Com base no pressuposto subjacente ao conceito em causa, pressupõe-se que, quanto mais elevado for o seu sentido de coerência, mais facilidade terá a grávida em lidar com as adversidades decorrentes da gravidez (Sjöstrom; Langius-Eklöf; Hjertberg, 2004; Sekizuka *et al.*, 2006).

Assim, perante os factos já mencionados, deve considerar-se que uma grávida que possua um sentido de coerência baixo e uma rede de suporte insatisfatória, poderá, conseqüentemente, experienciar solidão e até desenvolver um quadro de depressão. Neste último cenário, a ligação materno-fetal será também inevitavelmente afectada, comprometendo todo o desenvolvimento cognitivo, emocional e social do futuro recém-nascido.

De modo inverso, a existência de um elevado sentido de coerência por parte da grávida, mesmo que a sua rede social não seja satisfatória, não irá afectar a qualidade da ligação materno-fetal, uma vez que a mulher, ao ter a capacidade para adoptar estratégias eficazes e adaptativas, não permitirá que as interferências negativas influenciem o seu bem-estar e o do feto.

Resumidamente, este modelo pretende colocar em evidência dois aspectos centrais e de grande importância para a Saúde Pública:

- **Factores de risco no surgimento de sentimentos de solidão:** a existência de uma rede social não satisfatória (insatisfação com o suporte social e insatisfação na relação conjugal), um baixo sentido de coerência, e o aparecimento de depressão durante a gravidez;
- **Factores protectores da qualidade da ligação materno-fetal:** a fruição de uma rede social satisfatória (satisfação com o suporte social e satisfação na relação conjugal), e um sentido de coerência elevado.

5. Experiência metodológica quanto às dimensões em causa

Uma vez identificados e discutidos os aspectos substantivos mais relevantes, há que realçar o seu valor enquanto conhecimento resultante de investigações em área tão específica quanto difícil de abordar.

É importante salientar que não foi encontrado qualquer estudo empírico sobre a temática da solidão nas grávidas portuguesas. Foram encontrados unicamente dois estudos especificamente sobre este tema, realizados no Canadá (Rokach, 2004) e na América (Geller, 2004). A mesma situação verifica-se relativamente às outras dimensões em estudo. As investigações consultadas são provenientes de outros países, com culturas sociais por vezes muito distintas da portuguesa, pelo que qualquer interpretação dos resultados, apesar de poder servir de base de reflexão, deve ser sempre encarada com precaução.

É igualmente importante salvaguardar a necessidade de se ter alguma prudência no que diz respeito às demonstrações e comprovações dos estudos experimentais supracitados. Grande parte das investigações experimentais consultadas não são suficientemente robustas de um ponto de vista metodológico, uma vez que recorrerem a amostras de dimensões muito pequenas ou a grupos de conveniência. Estes factores podem interferir na qualidade do conhecimento adquirido.

Por se tratar de um estudo quantitativo, torna-se também relevante fazer uma revisão sobre a experiência metodológica de algumas dimensões em causa. Foram considerados unicamente os instrumentos de recolha de dados validados e adaptados para a população portuguesa.

No conjunto dos estudos consultados para medir a dimensão da solidão, foi aplicada a *Revised UCLA Loneliness Scale*, desenvolvida por Russel, Peplau e Ferguson (1978), e posteriormente revista por Russel, Peplau e Cutrona (1980). Esta escala foi adaptada e validada para a população portuguesa por Neto (1989), dando origem à Escala Revista de Solidão da UCLA que se revelou altamente fidedigna e válida, quer na medição da solidão, quer na discriminação de outros constructos relacionados (Neto, 1989). Foram identificados vários estudos, nacionais (e.g. Neto; Barros, 2001; Netom

1992) e internacionais (e.g. Geller, 2004; Heinrich; Gullone, 2006; Mellor *et al.*, 2008), que efectuaram a investigação com base nesta escala. Recentemente, Fernandes e Neto (2009) adaptaram a *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults SELSA* para a população portuguesa, originalmente desenvolvida por Ditommaso e Spinner (1997). A Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) tem uma vantagem relativamente à primeira, pois permite medir a solidão, não apenas como um estado unitário, mas integrando três âmbitos distintos: de um ponto de vista social, familiar e romântico (Fernandes; Nunes, 2009). No entanto, sem pretender querer desvalorizar esta última escala, mas porque a primeira é a mais utilizada nos estudos existentes vou optar por utilizá-la no presente estudo.

Quanto à medição do suporte social, a maioria dos estudos consultados (e.g. Baptista; Baptista; Rodrigues, 2006; Brigido, 2010) recorreu à Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Este instrumento, concebido originalmente para a população portuguesa e desenvolvido por Ribeiro (1999), tem por objectivo avaliar a satisfação do indivíduo com o suporte social, com base na percepção individual desse suporte (Ribeiro, 1999). Foi também identificada outra escala, elaborada por Lin e colaboradores (1986), intitulada *Instrumental-Expressive Social Support Scale* e já adaptada para a população portuguesa por Guerra, em 1995. Um dos estudos consultados recorreu a esta escala (Pereira; Santos; Ramalho, 1999). No entanto, devido à sua maior divulgação e utilização recorrerei à primeira.

Para medir a ligação materno-fetal, Cranley (1981), desenvolveu a *Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)*, que foi adaptada e validada para a população portuguesa por Mendes (2002), dando origem à Escala de Ligação Materno-Fetal. São vários os estudos efectuados com base nesta escala, nacionais (e.g. Mendes, 2002) e internacionais (e.g. Schmidt; Argimon, 2009). Mais tarde, Condon (1993), ao pretender medir a vinculação das mães e dos pais ao feto, criou uma escala intitulada *Antenatal emotional Attachment Scale (AES)*, que possui duas formas, a materna e a paterna. Ambas as formas da escala foram adaptadas e validadas para a população portuguesa por Gomez e Leal (2007). No entanto, sendo desaconselhável o uso isolado das sub-escalas propostas (Gomez; Leal, 2007), optei por utilizar a Escala de Ligação Materno-Fetal no presente estudo.

6. Pertinência e finalidade da investigação

Numa sociedade cada vez mais competitiva e que favorece o isolamento e o sofrimento mental, torna-se fundamental dirigir a investigação para os factores de risco e os factores protectores passíveis de influenciar o bem-estar do indivíduo. A saúde materna é a área por excelência para a promoção da saúde mental, estando esta directamente relacionada, através da ligação materno-fetal, aos factores condicionantes do desenvolvimento cognitivo, emocional e social do futuro adulto.

A gravidez, ao ser considerada como um período de crise de desenvolvimento (Colman; Colman, 1994; Canavarro, 2001; Cordeiro, 2002; Alarcão, 2006), pressupõe uma situação de mudança brusca a vários níveis, e exige da pessoa ou do casal um esforço suplementar para manter o seu equilíbrio. Ao resultar inevitavelmente num aumento da vulnerabilidade, a gravidez é um momento de risco tanto para a mãe como para o feto ou até para as pessoas que rodeiam a grávida. Quando os seus recursos pessoais são reduzidos ou quando o *stress* é demasiado elevado para a sua capacidade de adaptação e reacção, podem surgir perturbações a nível afectivo, emocional ou cognitivo (Cordeiro, 2002).

Nos últimos anos tem-se vindo a constatar a existência de um aumento da investigação sobre o tema da gravidez e da maternidade. No entanto, raros são os estudos internacionais que abordam a experiência de solidão durante esta fase da vida. Em Portugal, não foi encontrado nenhum estudo realizado sobre esta temática.

A solidão, por ter sempre sido considerada como um sentimento comum e frequente, os cientistas sempre lhe dedicaram pouca atenção, comparativamente a outros fenómenos sociais mais exóticos. No entanto, nos anos 70, com a obra de Weiss (1973), presenciou-se um aumento de estudos sobre este tema, aprofundando-se com Peplau e Perlamn (1982). Ambos os estudos foram pioneiros na chamada de atenção dos profissionais e investigadores para a não normatividade deste fenómeno e suas consequências a longo prazo. Actualmente, a solidão é reconhecida como um problema de Saúde Pública, e é considerada um factor de risco de extrema importância para a saúde (Ponizovsky; Ritsner, 2004). Uma das características que fazem da solidão um tema de grande preocupação é o facto de a maior parte das pessoas que sofrem de

solidão não adoptarem uma postura pró-activa ao procurarem ajuda profissional ou outro tipo de apoio social (Pelman; Peplau, 1998).

Apesar da experiência da gravidez e da maternidade serem culturalmente determinadas, têm em comum o facto de serem um momento de mudança complexo, onde a necessidade de pertença e o conseqüente apoio social se fazem potencialmente relevantes (Rapoport; Piccinini, 2006; Baptista; Baptista; Torres, 2006; Jussani; Serafim; Marcon, 2007). A existência de uma elevada prevalência de casos de depressão pré e pós-parto, por si só, é também um dos factores de peso para que se estudem, de um ponto de vista multifactorial e multidisciplinar, as variáveis que possam favorecer e agravar tais situações, e que podem, por sua vez, comprometer o bom desenvolvimento da ligação da mãe à criança.

Sendo o padrão educacional adoptado pelos pais normalmente reproduzido pelas gerações seguintes, devido aos processos de modelagem e de identificação que lhe estão inerentes, a solidão na gravidez pode comprometer o desenvolvimento de toda uma família. Pela sua natureza, conseqüências eminentes e facilidade de aparecimento, a solidão materna pode constitui um fenómeno de expressão populacional que, ao propagar-se de geração em geração, pode influenciar e condicionar todo um grupo de indivíduos, incluindo toda uma geração e toda uma sociedade. Assim, ao pensarmos, em grande escala e na grandeza que tal fenómeno pode adquirir, este tema é de extrema importância para a Saúde Pública.

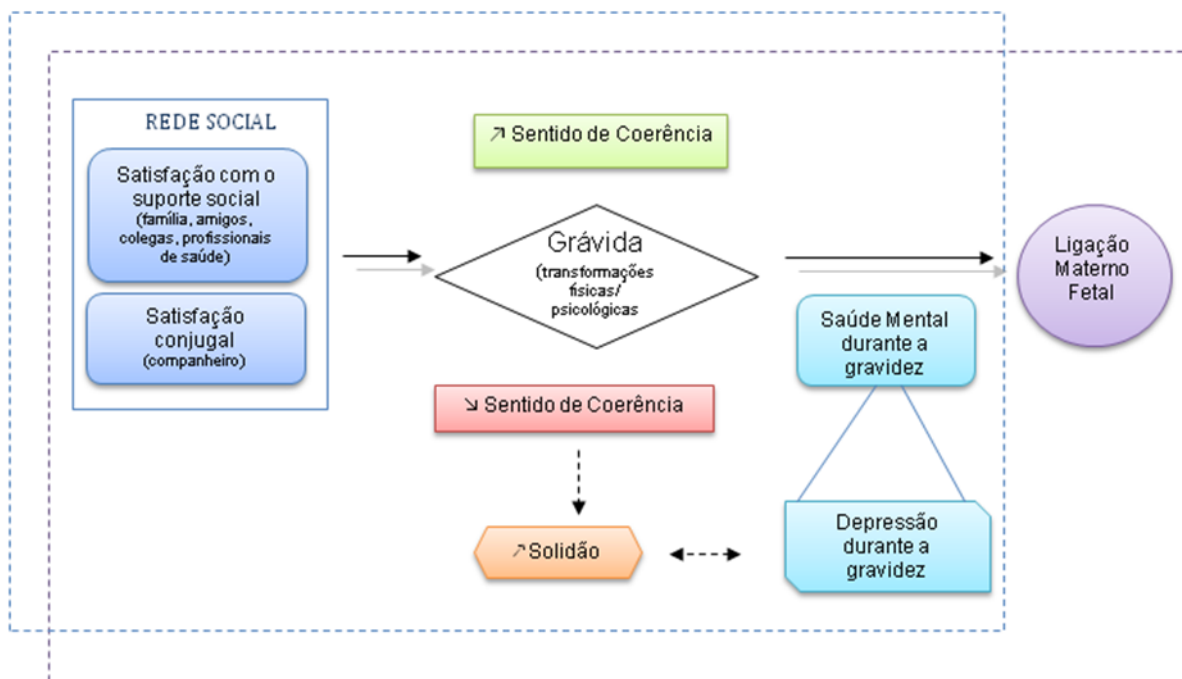
Dada a gravidade do tema e a pouca informação disponível sobre a solidão na gravidez, seus determinantes e suas conseqüências na ligação materno-fetal, não só a nível nacional, mas também internacional, consideram-se de extrema relevância a elaboração de estudos sobre este tema.

Como finalidades, o estudo pretende contribuir para: (1) o avanço da investigação na área das dimensões mentais da saúde materna, em especial na população portuguesa; (2) a definição de um modelo de identificação das grávidas em risco, que seriam aquelas que possuíssem uma relação conjugal insatisfatória, um baixo nível de satisfação com suporte social e recursos mentais escassos; (3) e a contextualização e a implementação de estratégias adequadas ao nível da prevenção primária.

OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Ao estudar a solidão durante a gravidez, selecionei, com base na revisão da literatura, algumas das variáveis consideradas mais importantes e influentes, de um ponto de vista cognitivo e emocional, exercidas sobre a mulher grávida. O presente estudo pretende caracterizar a expressão dessas variáveis e identificar possíveis associações entre elas, dando relevo aos determinantes dos sentimentos de solidão e ao seu impacto na ligação materno-fetal.

Para que este estudo seja mais acessível e investigável, é dividido em duas partes: o estudo dos determinantes da solidão (sub-estudo 1 delineado a azul no quadro apresentado) e o estudo do seu impacto na ligação materno-fetal (sub-estudo 2 delineado a roxo no quadro apresentado).



Quadro 2 – Modelo integrador constituído por duas partes: os determinantes da solidão e seus efeitos na ligação materno-fetal

Pela ausência de uma infra-estrutura teórica já adquirida, mas para a qual ambiciona contribuir esta investigação, as várias dimensões, potencialmente explicativas, vão ser

consideradas a par entre si, uma a uma, numa lógica bivariada. Contudo, uma vez que se trata de um estudo exploratório, o enfoque numa variável explicativa deverá ter em consideração a interferência das outras dimensões. É de notar que poderão existir outras variáveis intervenientes que não serão aqui contempladas.

Para cada sub-estudo foram delineados, de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada, objectivos comuns e objectivos particulares a cada um deles.

Os **objectivos comuns** a ambos os sub-estudos são genéricos e referem-se à constelação de dimensões relevantes em estudo na grávida:

- Caracterizar a experiência de solidão por parte das grávidas;
- Caracterizar a satisfação conjugal percebida pelas grávidas;
- Caracterizar a satisfação com o suporte social percebido pelas grávidas;
- Caracterizar o grau de ligação materno-fetal por parte das grávidas;
- Caracterizar o sentido de coerência por parte das grávidas;
- Caracterizar o nível de sintomatologia depressiva por parte das grávidas.

1. Determinantes da Solidão

Este sub-estudo pretende aprofundar o conhecimento de alguns dos determinantes da solidão identificados no enquadramento do tema, sendo eles, a satisfação com a rede social (que engloba o suporte social e a relação conjugal), o sentido de coerência da grávida e a existência de sintomatologia depressiva durante a gravidez.

Pretende-se assim, a título exploratório, reconhecer possíveis associações entre as variáveis identificadas como determinantes da solidão, e o surgimento destes sentimentos por parte das grávidas.

Os **objectivos** particulares deste sub-estudo são:

- Identificar uma possível associação entre a satisfação com o suporte social e a experiência de sentimentos de solidão por parte das grávidas;
- Identificar uma possível associação entre a satisfação conjugal e a experiência de sentimentos de solidão por parte das grávidas;

- Identificar uma possível associação entre o sentido de coerência e a experiência de sentimentos de solidão por parte das grávidas;
- Identificar uma possível associação entre a sintomatologia depressiva durante a gravidez e a experiência de sentimentos de solidão por parte das grávidas.

Os sentidos das **hipóteses de investigação** subjacentes a estas possíveis associações são as seguintes:

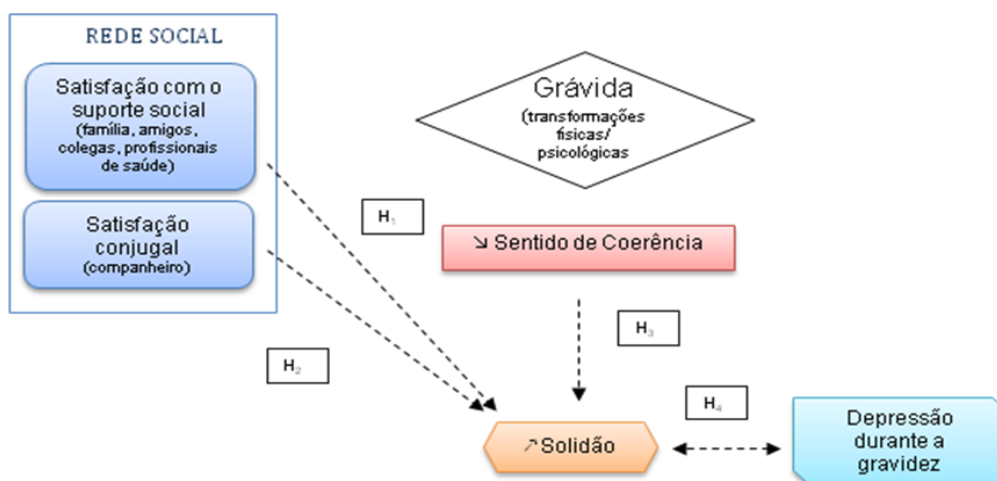
H₁ – Os sentimentos de solidão encontram-se negativamente associados ao nível de satisfação com o suporte social;

H₂ - Os sentimentos de solidão encontram-se negativamente associados ao nível de satisfação conjugal;

H₃ – Os sentimentos de solidão encontram-se negativamente associados ao nível de sentido de coerência;

H₄ – Os sentimentos de solidão encontram-se positivamente associados ao grau de sintomatologia depressiva durante a gravidez.¹

Segue-se um quadro-resumo das hipóteses de investigação do sub-estudo apresentado:



Quadro 3 – Hipóteses de investigação do sub-estudo 1

¹ Ambas as variáveis serão mutuamente explicativas, podendo a solidão fazer parte do conjunto de sintomas da depressão. Por se tratar de um estudo meramente exploratório não se será capaz de distinguir qual é que antecede qual.

2. Impacto da Solidão na Ligação Materno - Fetal

Este sub-estudo pretende determinar o impacto que a solidão, bem como algumas das variáveis que foram identificadas como seus determinantes, podem ter na ligação materno-fetal, e, assim, comprometer a qualidade do seu estabelecimento e desenvolvimento. Estas variáveis são, para além da solidão, o sentido de coerência, a satisfação com o suporte social e a satisfação conjugal. Vai ser considerada uma outra variável, a sintomatologia depressiva durante a gravidez, devido à sua elevada ocorrência nas grávidas.

É importante ter-se consciência de que o estudo poderá não permitir distinguir se há efeitos directos dos determinantes da solidão na ligação materno-fetal, ou se estes serão mediados pela solidão. Esta limitação é o resultado de ainda se andar a construir uma infra-estrutura conceptual para todo o problema.

Neste sub-estudo, pretende-se, a título exploratório, reconhecer possíveis associações entre as variáveis identificadas como podendo ter um impacto significativo na ligação materno-fetal e a qualidade da mesma.

Os **objectivos** particulares deste sub-estudo são:

- Identificar uma possível associação entre experiência de sentimentos de solidão por parte das grávidas e a ligação materno-fetal;
- Identificar uma possível associação entre a satisfação com o suporte social por parte das grávidas e a ligação materno-fetal;
- Identificar uma possível associação entre a satisfação conjugal por parte das grávidas e a ligação materno-fetal;
- Identificar uma possível associação entre o sentido de coerência e a ligação materno-fetal por parte das grávidas;
- Identificar uma possível associação entre a sintomatologia depressiva durante a gravidez e o grau da ligação materno-fetal por parte das grávidas.

Considerando estes objectivos, as **hipóteses de investigação** que exprimem o sentido das referidas associações são as seguintes:

H₅ – Os sentimentos de solidão encontram-se negativamente associados ao grau de ligação materno-fetal;

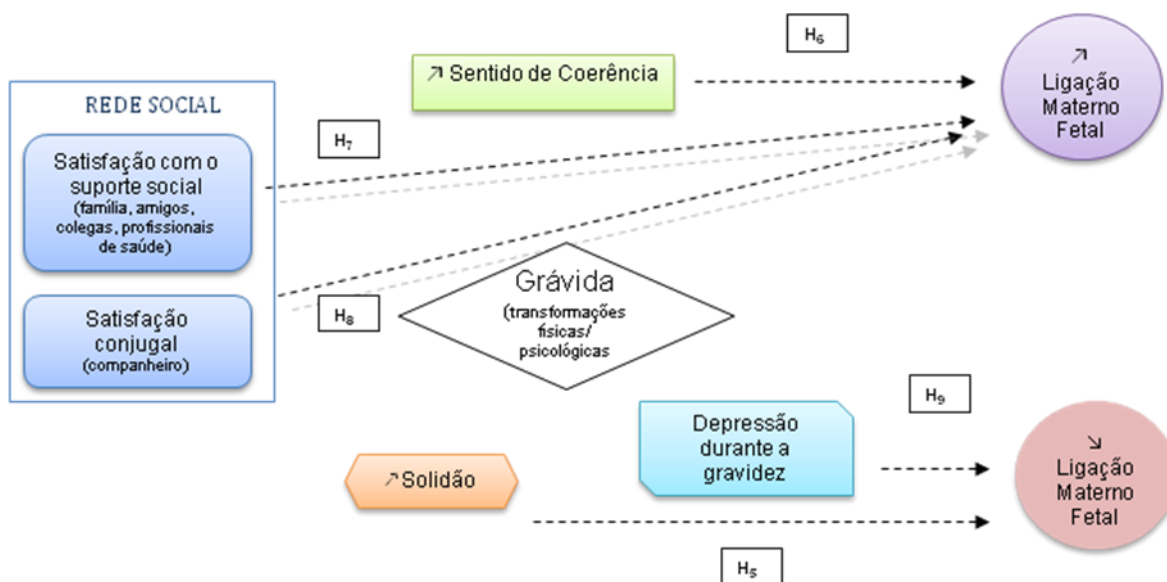
H₆ – O grau do sentido de coerência encontra-se positivamente associado ao grau de ligação materno-fetal;

H₇ – O nível de satisfação com o suporte social encontra-se positivamente associado ao grau de ligação materno-fetal;

H₈ – O nível de satisfação conjugal encontra-se positivamente associado ao grau de ligação materno-fetal;

H₉ – O nível de sintomatologia depressiva durante a gravidez encontra-se negativamente associado ao grau de ligação materno-fetal.

Segue-se um quadro-resumo das hipóteses de investigação do sub-estudo apresentado:



Quadro 4: Hipóteses de investigação do sub-estudo 2

METODOLOGIA

1. Tipo de estudo

A investigação proposta, de carácter exploratório e de natureza observacional, pretende estudar transversalmente um conjunto de dimensões relacionadas com a gravidez e consideradas pertinentes na problemática da solidão.

Conforme mencionado, o modelo que aqui se apresenta é inicial e precisa de ser verificado, apresenta ligações bastante frágeis entre as dimensões e ignora a existência de outras variáveis intervenientes. Por essa razão, esta pesquisa é assumidamente exploratória porque ambiciona conseguir maior familiaridade com um fenómeno bastante complexo e sem infra-estrutura teórica suficientemente desenvolvida, que apoie uma abordagem mais definitiva. Resultará, assim, um melhor e mais contextualizado conhecimento da situação em causa. Ao explorar e diagnosticar possíveis relacionamentos entre as diversas dimensões em foco, abrir-se-ão portas para a realização de estudos posteriores, mais finos e robustos, sobre esta temática da solidão na grávida.

Sendo este um estudo de tipo descritivo, com algumas análises comparativas, pretende inicialmente caracterizar as variáveis e, conseqüentemente, determinar o grau de associação existente entre elas (Robert, 1988). Mais especificamente, este estudo procura explorar eventuais associações entre as variáveis centrais do estudo, as *variáveis resposta ou dependentes* (a solidão e a ligação materno-fetal) e algumas *variáveis explicativas ou independentes* (a satisfação conjugal, a satisfação com o suporte social, a sintomatologia depressiva durante a gravidez, a solidão e o sentido de coerência da grávida).

Ao contrário dos estudos longitudinais, que acompanham um ou mais grupos ao longo do tempo, procurando mudanças em dimensões ou variáveis, este género de investigação visa a análise da amostra num dado momento. A opção por este tipo de estudo deve-se ao seu menor custo e facilidade de implementação, e também ao facto de ser o mais proporcionado ao grau de incipiência do contexto teórico.

A opção por uma abordagem clássica, de natureza quantitativa, e não antes qualitativa, justifica-se por duas razões: 1) a existência de escalas de medição validadas, dirigidas às dimensões em foco, e 2) a objectividade que essas escalas permitem na obtenção de informação sobre entidades e fenómenos mentais, que resultará deste modo menos contaminada pelas percepções e vivências subjectivas do investigador. Embora a quantificação pressuponha, em geral, um substrato teórico suficiente, no caso presente as vantagens do seu uso compensam os inconvenientes e perspectivam um maior avanço, do que a utilização de métodos qualitativos, tal como a *Grounded Theory* (Fernandes; Maia, 2001), mais vulneráveis à subjectividade na recolha dos dados e na interpretação dos resultados.

Por outro lado, a adopção de tal metodologia é também justificada pela obtenção de conclusões pouco satisfatórias no estudo de Rokach (2004). Os resultados obtidos neste estudo de natureza qualitativa, foram contraditórios às expectativas do autor. No entanto, este autor mantém-se convicto de que é inevitável as grávidas e as puérperas experienciarem sentimentos de solidão. Rokach considera que este efeito pode ter sido condicionado pela natureza da situação em causa, sendo que as grávidas e as puérperas, ao não se distanciarem o suficiente da situação, encaram a solidão como um aspecto normativo e cultural, inerente à própria gestação e à experiência da maternidade.

Assim, de acordo com uma estratégia de pesquisa quantitativa, tentar-se-á obter um maior controlo sobre o contexto, devido à natureza dos fenómenos em estudo. O objectivo será reduzir ou eliminar a ressonância de possíveis variáveis potencialmente interferentes, como por exemplo os valores do entrevistador ou certos atributos do objecto de estudo que naquele momento não são alvo de interesse (Günther, 2006). Outras vantagens daí obtidas são a melhor relação qualidade-custo e a redução de tempo despendido por parte do investigador.

2. População alvo, população em estudo e amostra

Com vista a operacionalizar o projecto de investigação torna-se fundamental definir a população alvo, a população em estudo e a amostra, sendo a unidade observacional considerada como relevante para o estudo, “a grávida”.

População-alvo

Por uma questão de conveniência do investigador, este estudo terá como população-alvo as grávidas que frequentam as consultas de saúde materna do Centro de Saúde de Torres Vedras. Este Centro de Saúde pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul (ACES Oeste Sul) e está sob a direcção da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, 2011) (cf. Anexo I).

Actualmente, devido à recente reestruturação da organização dos cuidados de saúde primários, o ACES Oeste Sul é constituído pelos Centros de Saúde de Torres Vedras, Alenquer, Sobral de Monte Agraço, Cadaval, Lourinhã e Arruda dos Vinhos, abrange uma superfície de 1163.3 Km² e reúne uma população residente de cerca de 189.153 habitantes (Plano de Desempenho do ACES Oeste Sul, 2001).

O Centro de Saúde de Torres Vedras localiza-se no centro da cidade de Torres Vedras e abrange 20 freguesias pertencentes ao distrito de Lisboa e Vale do Tejo (cf. Anexo II). Trata-se de um serviço de saúde com autonomia administrativa e constituído por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde. Cada unidade funcional tem um coordenador e é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, actuando em intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACES. O Centro de Saúde de Torres Vedras possui consultas de saúde materna nas suas 17 extensões de saúde associadas (Extensão de Saúde Maxial; Ramalhal; Ponto do Rol; Runa, São Mamede de Ventosa; São Pedro da Cadeira; Turcifal; Matacães; Campelos; Freiria; Carvoeira; Ados-Cunhados; Silveira; Carmões; Monte Redondo; Outeiro da Cabeça; e Maceira), bem como nas duas Unidades de Saúde Familiares (USF), a Arandis e a Gama, ambas a funcionar no edifício sede do Centro de Saúde de Torres Vedras.

População em estudo

A população em estudo é o subconjunto da população alvo que responde aos seguintes critérios de inclusão e de exclusão:

Como critérios de inclusão, a idade da mulher grávida tem que ser superior a 18 anos e as grávidas deverão encontrar-se no terceiro trimestre de gravidez. A escolha do primeiro critério tem por base o facto do estudo se destinar a avaliar os sentimentos de solidão nas mulheres adultas e não nas adolescentes que podem, devido à sua menor maturidade, apresentar características específicas. O segundo critério assenta no facto de corresponder a uma fase de maior fragilidade devido à aproximação do parto, bem como à capacidade da gestante em sentir os movimentos fetais (e.g. Colman; Colman, 1994) e em já ter tido tempo para vivenciar a experiência da gravidez.

Os factores que determinam os critérios de exclusão são: possuir um grau de escolaridade inferior ao 9º ano; a presença de patologias relacionadas com o agrupamento das psicoses, a utilização de substâncias e a existência de patologia materna e fetal. A escolha do primeiro critério de exclusão tem por base, por um lado, o grau de escolaridade obrigatória existente actualmente em Portugal e, por outro, o grau de capacidade de leitura e de compreensão das escalas apresentadas. O segundo e o terceiro critérios assentam no facto destes diagnósticos poderem apresentar graves alterações da consciência que poderão influenciar o bom desenvolvimento e a conclusão do estudo. A presença do último critério poderá acompanhar-se de tratamentos e recursos, sociais e pessoais adicionais, que poderão interferir no desenvolvimento normal da gravidez.

Amostra

Da população seleccionada irá ser retirada uma pequena amostra, aleatória e regida por critérios de conveniência e disponibilidade das participantes. A selecção desta amostra será realizada através do método de amostragem probabilística (ou aleatória), que permite seleccionar um conjunto de elementos, garantindo a representatividade da população em estudo.

Pretendendo-se que os elementos da amostra em estudo representem a população da qual foram seleccionados, importa definir a dimensão da amostra em estudo.

Por não ter acesso ao número de grávidas que normalmente recorre às consultas de saúde materna do Centro de Saúde de Torres Vedras (extensões e unidades de saúde familiar), fiz uma estimativa com base na taxa de fecundidade geral anual (número de nados vivos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número médio de mulheres em idade fértil, entre os 15 e os 49 anos, desse período) (41,9‰) e do número total da população feminina, com idades entre os 15 e os 49 anos de idade, residente em Torres Vedras no ano de 2009 (18.963 mulheres) (INE, 2011). Desta forma, obtive um total de 794 nascimentos no ano de 2009. Partindo do princípio de que este ano a situação se mantém, irei extrapolar e considerar neste estudo uma população de cerca de 794 grávidas. Para esta dimensão, com um nível de confiança de 90% e uma margem de erro de 5%, será necessário obter uma amostra mínima de cerca de 202 grávidas (Raosoft, 2011). Caso se verifique uma percentagem elevada de valores omissos, esta amostra deverá ser aumentada.

3. Operacionalização das variáveis em estudo

De modo a assegurar uma colheita de dados válida e uma medição que permita o seu tratamento estatístico e interpretação adequada, as variáveis devem ser claramente definidas de forma a explicitar o conceito pelo qual o investigador o designa (Robert, 1988). Constituem variáveis deste projecto todas as características que são alvo de estudo e que podem ser mensuráveis de forma numérica ou através de categorias (Abramson, 1990).

De acordo com os objectivos já definidos para esta investigação, foram seleccionadas as variáveis em estudo que se encontram de seguida definidas conceptualmente. Estas variáveis são as aproximações operacionais às dimensões em foco, que melhor correspondem às necessidades do estudo, na sequência já mencionada. Cada variável será devidamente codificada para facilitar o tratamento estatístico e poderá assumir um conjunto possível de valores. Para uma revisão sistemática dessa operacionalização consultar o Anexo III.

De acordo com o modelo referido, estas variáveis são classificadas taxonomicamente como variáveis resposta ou dependentes, ou como variáveis explicativas ou independentes, de acordo com a sua função no modelo (Abramson, 1990).

3.1. Dimensões resposta (dependentes)

É entendida como variável resposta ou dependente, aquela cujos valores presumivelmente reagem em resultado ou como efeito das variáveis explicativas ou independentes com as quais se encontram em estreita relação. Na presente investigação consideram-se duas variáveis resposta, cada uma em seu sub-modelo: a solidão e o grau de ligação materno-fetal.

3.1.1. A solidão

A “solidão” é a variável central do estudo que adopta o papel de variável dependente no sub-estudo 1. Esta constitui o fulcro dos objectivos do estudo, assumindo-se nas hipóteses de investigação como o elemento que é influenciado. Esta variável é definida,

conceptualmente, segundo o constructo desenvolvido por Peplau e Pelman (1982) que a definem como “uma experiência desagradável que deriva de importantes deficiências na qualidade ou na quantidade das relações sociais do indivíduo”. A variável vai ser medida através da Escala de Solidão de UCLA (Russel; Peplau; Cutrona, 1980; versão portuguesa de Neto, 1989). Trata-se de uma variável quantitativa medida numa escala intervalar, precisando para isso, do somatório de 18 itens medidos numa escala ordinal.

3.1.2. A ligação materno-fetal

A ligação materno-fetal, a segunda variável central deste estudo, é definida pelos “comportamentos que representam a ligação e interacção com o seu filho ainda por nascer”, de acordo com a perspectiva de Cranley (1981). Esta variável vai ser medida através da Escala de Ligação Materno-Fetal (MFAS) (Mendes, 2002). Trata-se de uma variável quantitativa medida numa escala intervalar, precisando, para isso, do somatório de 24 itens medidos numa escala ordinal.

3.2. Dimensões explicativas (independentes)

É chamada variável explicativa ou independente, aquela que potencialmente poderá explicar o comportamento da variável resposta ou dependente. Neste estudo foram consideradas cinco variáveis independentes: a satisfação com o suporte social, a satisfação conjugal, a ligação materno-fetal, a sintomatologia depressiva durante a gravidez e o sentido de coerência da grávida. No sub-estudo 2, a variável solidão será também considerada como uma variável explicativa.

3.2.1. A satisfação com o suporte social

A satisfação com o suporte social, considerado como um conceito multidimensional, pode ser definido como a percepção do grau de satisfação pela “existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason *et al.*, 1983 *cit. in* Ribeiro, 2002). Esta variável diz respeito à percepção da satisfação e não a aspectos objectivos, uma vez que, tal como defendem Wethington e Kessler (1986), esta dimensão é capaz de explicar melhor as variáveis relacionadas com a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Neste estudo, a satisfação com o suporte social figura como aproximação ao suporte social. A variável vai ser medida através da Escala de

Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Ribeiro, 2002). Trata-se de uma variável quantitativa medida numa escala intervalar, precisando para isso, do somatório de 15 itens medidos numa escala ordinal.

3.2.2. A satisfação conjugal

A satisfação conjugal traduz-se pela “avaliação pessoal e subjectiva da conjugalidade, quer em relação ao amor, quer em relação ao funcionamento conjugal” numa série de áreas do domínio da vida conjugal (Thompson, 1988 *cit. in* Narciso; Costa, 1996). O amor é definido por: “sentimentos que cada um nutre pelo outro e/ou pela relação, estando presentes, de um modo mais ou menos explicito, atributos inerentes aos componentes fundamentais do amor: paixão, intimidade e investimento/compromisso” (Sternberg; Barnes, 1988 *cit. in* Narciso; Costa, 1996). O funcionamento conjugal define-se pelo “modo como se organizam e regulam as relações no seio conjugal e/ou familiar, e nas relações com os sistemas extra-familiares” (Narciso; Costa, 1996). Esta variável vai ser medida através da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) (Narciso; Costa, 1996). Trata-se de uma variável quantitativa intervalar, necessitando para isso do somatório de 44 itens medidos numa escala ordinal. Neste estudo, a satisfação conjugal figura também como aproximação ao suporte conjugal.

3.2.3. A sintomatologia depressiva

A depressão durante a gravidez é uma perturbação do humor, clinicamente identificada como um episódio depressivo tal como descrito no DSM.IV (American Psychiatric Association, 1994), que se encontra em estreita ligação com o processo de gravidez. Esta variável representa a intensidade de sintomatologia depressiva nos últimos sete dias e vai ser medida através da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (Cox; Holden; Sagovsky, 1987). Trata-se de uma variável quantitativa intervalar, necessitando para isso do somatório de 10 itens medidos numa escala ordinal. A variável pode determinar a existência ou não de depressão, considerando para isso o ponto de corte no valor 12 (Figueiredo; Pacheco; Costa, 2007). Na sua natureza e definição poderá não ser independente da solidão.

3.2.4. O sentido de coerência

O sentido de coerência é definido pela orientação global que expressa a extensão na qual o indivíduo possui um abrangente e persistente, embora dinâmico, sentimento de confiança de que: (1) os estímulos emitidos pelo ambiente interno e externo são estruturados, previsíveis, e explicáveis; (2) estão disponíveis recursos para fazer frente às exigências impostas por estes estímulos; e (3) estas exigências são desafios merecedores de investimento e comprometimento (Antonovsky, 1987). Esta variável vai ser medida através do Questionário Orientação para Viver (QOV) (Nunes, 2001). Trata-se de uma variável quantitativa intervalar, necessitando para isso do somatório de 29 itens medidos numa escala ordinal.

3.3. Dimensões de contexto sócio-demográfico

Estas variáveis pretendem caracterizar a amostra de acordo com as suas características sócio-demográficas, sendo estas variáveis: a idade; o grupo etário; o estado civil; o nível de escolaridade; a situação profissional; o número de filhos e a frequência de cursos de preparação para o parto.

Idade

Esta variável corresponde ao número de anos decorridos entre a data de nascimento da grávida e a data do preenchimento dos questionários. Trata-se de uma variável quantitativa, contínua, medida numa escala de razões. A sua gama de variação terá que ser superior a 18 anos, uma vez ser esse um critério de exclusão.

Grupo etário

A partir dos dados recolhidos com a variável anterior, criar-se-á esta variável de cariz secundário que pretende classificar a primeira em diferentes grupos etários, de modo a simplificar a análise estatística. Trata-se de uma variável quantitativa, discreta, medida em escala ordinal. A sua gama de variação é composta por 8 níveis: dos 18 aos 20 anos; dos 21 aos 24 anos; dos 25 aos 29 anos; dos 30 aos 34 anos; dos 35 aos 39 anos; dos 40 aos 44 anos; dos 45 aos 49 anos; dos 50 aos 54 anos. Esta categorização foi feita com base na classificação realizada pelo INE (2011), no entanto, poderá vir a sofrer alterações no decorrer do processamento dos resultados.

Estado Civil

Esta variável corresponde ao estado civil em que se encontra a grávida no momento do preenchimento dos questionários. Trata-se de uma variável qualitativa, medida numa escala nominal. A sua gama de variação é de cinco níveis: solteira; comprometida; casada/em união de facto; divorciada/separada e viúva.

Nível de escolaridade

Esta variável corresponde ao grau de escolaridade completado pela grávida até à data do preenchimento dos questionários. Trata-se de uma variável qualitativa, medida numa escala ordinal. A sua gama de variação é de seis níveis: ensino básico; ensino secundário; bacharelato; licenciatura; mestrado e doutoramento.

Situação profissional

Esta variável corresponde à situação profissional em que se encontra a grávida no momento do preenchimento dos questionários. Trata-se de uma variável qualitativa, politómica, medida em escala nominal. A sua gama de variação é de quatro níveis: estudante; empregada; empregada mas de baixa médica e desempregada.

Número de filhos

Esta variável corresponde ao número de filhos que a grávida já tem no momento do preenchimento dos questionários. Trata-se de uma variável quantitativa, discreta, medida numa escala de razões. Esta variável pode adoptar qualquer valor, sendo que, no caso das primíparas, esta variável adoptará o valor zero.

Frequência do curso de preparação para o parto

Esta variável corresponde à frequência, presente ou passada, de um curso de preparação para o parto/maternidade, por parte da grávida, no momento do preenchimento dos questionários. Trata-se de uma variável qualitativa, medida numa escala nominal. A variável tem dois níveis de resposta: sim e não.

4. Delineamento do estudo

4.1. Etapas e procedimentos

- **Seleccção da amostra**

Uma vez dada como iniciada a investigação, o primeiro passo será determinar a população em estudo. Para tal, dever-se-á proceder à selecção dos seus elementos, de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão. Esta selecção será realizada junto da população-alvo, que por sua vez corresponde às grávidas que recorrem à consulta de Saúde Materna nas extensões do Centro de Saúde que pertencem à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), e nas duas Unidades de Saúde Familiar (USF).

Após um pedido de colaboração pessoal (que deve incluir uma breve explicação dos objectivos, metodologia, e utilidade do trabalho de investigação) e respectivo consentimento por parte da grávida, esta deve ser encaminhada para um local onde possa responder com privacidade e sem distrações. O anonimato e a privacidade dos dados serão garantidos. Não existe um tempo máximo de permanência, no entanto, considera-se que o tempo total dispensado será de cerca de 10/15 minutos. Esta entrevista será efectuada durante o tempo de espera em que a grávida aguarda pela consulta médica, de modo a conseguir obter a sua atenção.

A selecção deverá ser feita através da realização de uma entrevista, com base numa *checklist* (cf. Anexo V). O objectivo será apurarem-se os elementos que se enquadram nos critérios já definidos. De modo a identificar se a grávida sofre de algum distúrbio da esfera psicótica, dever-se-á perguntar-lhes se está a ser seguida em psiquiatria e qual o motivo. Dever-se-á também questionar se o médico que a acompanha identificou alguma patologia materna ou fetal. Simultaneamente, será importante motivar a grávida, através de estratégias motivacionais apropriadas, para o preenchimento dos questionários que serão apresentados posteriormente, após a consulta médica.

Por uma questão de economia de tempo, se, porventura, constar dos processos clínicos a informação prévia que se pretende, poderá esta ser recolhida consultando os processos médicos guardados nos arquivos das extensões do Centro de Saúde, bem

como nos arquivos das Unidades de Saúde Familiar. Trata-se de uma técnica de investigação documental que pode ser objecto de observação sistemática, sendo capaz de fornecer elementos informativos indirectos ao investigador (Graça, 2004). Esta selecção será da responsabilidade do investigador.

▪ **Recolha de dados**

O passo seguinte será a recolha de dados realizada através de um conjunto de questionários auto-administrados com instruções padronizadas. Esta técnica, sendo relativamente simples de administrar, permite atingir um grande número de pessoas num curto período de tempo. No entanto, apesar das vantagens daí obtidas, os questionários também apresentam algumas limitações, tal como o grau de profundidade da informação recolhida (Graça, 2004).

Após a consulta médica, durante a qual o investigador terá tempo de apurar os resultados da entrevista, será entregue à futura mãe, caso seja escolhida para a amostra, um envelope, já com selo e morada, contendo o protocolo de recolha de dados com as respectivas instruções. Deverá ser-lhe solicitado, que preencha os questionários, e que posteriormente os coloque nesse envelope fechado para garantir o sigilo, e que o envie por correio. Como forma de codificação, e a constar em todas as folhas dos questionários, é atribuído a cada grávida um número.

O protocolo de recolha de dados inicia-se com um pedido de colaboração (cf. Anexo VI), bem como por uma breve descrição da investigação e a garantia de anonimato e de confidencialidade. Esta primeira parte tem como objectivo “quebrar o gelo” e deixar a grávida mais à vontade. Seguem-se duas partes distintas, a primeira é constituída pelos seguintes instrumentos de recolha de dados: a Escala da Solidão da UCLA (Russel; Peplau; Cutrona, 1980); a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999); a Escala de Avaliação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso; Costa, 1996); a Escala de Ligação Materno-fetal (Mendes, 2002); a Escala de Orientação para Viver (Nunes, 1999); e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Augusto *et al.*, 1996). A caracterização sócio-demográfica constitui a segunda e última parte do protocolo, de maneira a não suscitar reacções de auto-defesa face às questões mais pessoais. A construção deste protocolo teve em consideração a possível influência da ordem de aplicação (Graça, 2004). Prevê-se que o preenchimento dos questionários demore entre cerca de 15 a 20 minutos.

▪ **Divulgação dos resultados**

A divulgação dos resultados só se realizará após autorização dos superiores hierárquicos dos responsáveis pelos serviços, garantindo, simultaneamente, total confidencialidade da identidade das grávidas que participaram no estudo. No final será redigido um relatório final da investigação.

Para facilitar a visualização do planeamento das tarefas a serem executadas, no âmbito deste estudo, e durante o espaço de tempo previamente definido, foi construído um cronograma da investigação empírica (cf. Anexo VII).

Este estudo pressupõe alguns custos monetários, que não são muito elevados e que se encontram pormenorizados no Anexo VIII.

4.2. Implicações éticas

Antes de se dar início à realização desta investigação é fundamental possuir todas as autorizações necessárias, tanto do Director Executivo do Centro de Saúde de Torres Vedras, como dos coordenadores das Unidades de Saúde Familiares. No caso de estes considerarem pertinente, dever-se-á também solicitar autorizações aos responsáveis pelos serviços de saúde materna em questão.

No momento da recolha de dados, as grávidas deverão dar o seu consentimento informado. Para garantir o anonimato não será constituída qualquer base de dados nominal das participantes, sendo estas identificadas unicamente por intermédio de números. Tais números deverão constar em todos os documentos relativos à grávida em questão, quer seja nos questionários quer seja nas respostas da entrevista.

Por fim, é importante sublinhar que a investigadora se responsabiliza pelo anonimato das grávidas e pelo sigilo dos dados recolhidos, bem como pelos resultados já processados informaticamente. Para proceder à sua divulgação, deverá ser solicitada autorização aos responsáveis da instituição.

5. Instrumentos para a recolha de dados

Antes de se utilizar qualquer instrumento de recolha de dados, será necessário fazer-se um pedido de autorização, por escrito, aos respectivos autores.

5.1. O questionário para a recolha de dados sócio-demográficos

Para a recolha de informações sociais e demográficas foi elaborado um questionário especialmente para o efeito, composto por sete perguntas fechadas (cf. Anexo IX). Este questionário destina-se ao levantamento de informações relativas à grávida e ao seu agregado familiar. Trata-se de um questionário que pretende obter informação sobre a situação profissional, nível de escolaridade, situação conjugal e a idade da futura mãe. Para além disso, pretende identificar a frequência em cursos de preparação para o parto/maternidade.

5.2. A Escala de Solidão da UCLA

O questionário de auto-preenchimento original, desenvolvido por Russel, Peplau e Ferguson (1978) e posteriormente revisto por Russel, Peplau e Cutrona (1980) - *Revised UCLA Loneliness Scale* - tem por objectivo avaliar a existência de sentimentos de solidão (cf. Anexo X).

A escala original é composta por vinte itens e apresenta uma consistência interna elevada, com um coeficiente *alpha* de 0.94. Devido a dificuldades relacionadas com a compreensão dos itens (p. ex. frases duplamente negativas), foi criada uma terceira versão que também demonstrou uma consistência elevada (Russel, 1996).

Relativamente aos pontos de corte, Cacioppo e colaboradores (2002), recorreram a três, classificando os indivíduos como experienciando solidão, solidão mediana e não solidão, correspondendo, respectivamente, a ≥ 46 , $33 < 39$, e < 28 . Geller (2004), por sua vez, considerou unicamente dois estados, o de solidão e o de não solidão, utilizando como ponto de corte o valor quarenta e um.

A Escala de Solidão da UCLA foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Neto (1989) e consiste num questionário com dezoito itens, metade dos quais

formulados ao inverso. As respostas a cada item fazem-se numa escala de tipo *likert* com quatro modalidades de resposta, “nunca”, “raramente”, “algumas vezes” e “muitas vezes” (Neto, 1989). O autor defende que a escala oferece boas qualidades psicométricas, apresentando um *alpha* de Cronbach de 0,87 (Neto, 1989). O resultado final da escala situa-se entre 18 e 72, sendo que, quanto mais elevado for o valor maior será o grau de solidão.

5.3. A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), desenvolvida por Ribeiro, em 1999, tem por objectivo avaliar a satisfação com o suporte social, sendo este mensurado através da percepção que cada indivíduo tem do seu suporte social (cf. Anexo XI) (Ribeiro, 1999).

A ESSS é um questionário de auto-preenchimento, constituído por quinze itens, apresentados como um conjunto de afirmações. O sujeito deverá assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se se aplica ou não à situação individual) numa escala de tipo *likert*, com cinco posições de resposta: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte”, e “discordo totalmente”. A escala pretende medir quatro dimensões do suporte social: a satisfação com as amizades/os amigos (SA); a intimidade (IN); a satisfação com a família (SF); e as actividades sociais (AS), bem como um resultado global (Ribeiro, 1999).

O resultado final da escala situa-se entre 15 e 75, sendo que, quanto mais elevado for o valor maior será o grau de satisfação com o suporte social. Baptista, Baptista e Rodrigues (2006) recorreram a três pontos de corte para determinar o nível alto (de 51 a 75 pontos), médio (de 26 a 50 pontos) e baixo (até 25 pontos) de suporte social.

A nível psicométrico, a escala apresenta qualidades adequadas, demonstrando uma boa consistência interna, com um *alpha* de Cronbach de 0.85 (Ribeiro, 1999). O primeiro factor, “amigos”, apresenta um *alpha* de Cronbach de 0.83, explicando 35% da variância total. O segundo factor, “intimidade”, apresenta um *alpha* de Cronbach de 0.74, o que explica 12.1% da variância total. O terceiro factor, “família”, apresenta um *alpha* de Cronbach de 0.74 e explica 8.7% da variância total. O último factor, “actividades sociais” apresenta um *alpha* de Cronbach de 0.64, explicando 7.3% da variância total (Ribeiro, 1999).

5.4. A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), elaborada por Narciso e Costa, em 1996, pretende avaliar o grau de satisfação que o indivíduo possui nas várias áreas da sua vida conjugal (cf. Anexo XII).

A EASAVIC consiste num instrumento de auto-avaliação, constituído por quarenta e quatro itens que correspondem a zonas da vida conjugal, que por sua vez se organizam em dimensões da vida conjugal: funcionamento do casal e amor. À primeira dimensão pertencem as áreas das funções familiares (FF), tempos livres (TL), autonomia (AUT), relações extra-familiares (REF) e comunicação e conflitos (CC); à segunda dimensão pertencem as áreas dos sentimentos e expressão de sentimentos (SES), sexualidade (SEX), intimidade emocional (IE), continuidade (C) e características físicas e psicológicas (CF.P). O sujeito deverá assinalar em que medida se sente satisfeito relativamente a cada afirmação numa escala de tipo *likert*, com seis posições de resposta, “ nada satisfeito”; “pouco satisfeito”; “razoavelmente satisfeito”; “satisfeito”; “muito satisfeito”; e “completamente satisfeito”. O resultado final da escala situa-se entre 44 e 264, sendo que, quanto mais elevado for o valor maior será o grau de satisfação conjugal.

No estudo psicométrico da escala, a análise factorial exploratória permitiu determinar dois factores principais, sendo que o factor 1 agrupa os itens referentes à dimensão “amor” e o factor 2 agrupa os itens relativos à dimensão “funcionamento do casal”. A correlação entre cada item e o respectivo factor foi superior a 0.52, salvo algumas excepções (itens: 6, 9, 14, 15, 31). A escala revela uma elevada consistência interna, apresentando coeficientes *alpha* para cada um dos factores superiores a 0.90 (Narciso; Costa, 1996).

5.5. A Escala de Ligação Materno-Fetal (MFAS)

A Escala de Ligação Materno-Fetal (MFAS) - *Maternal-Fetal Attachment Scale* (MFAS) - desenvolvida por Cranley, em 1981, pretende avaliar o comportamento da grávida, representativo da ligação, afiliação e interacção desta com o feto (cf. Anexo XIII). Esta escala pode ser aplicada durante todo o período gestacional. No entanto mostra-se mais sensível quando se aplica após o sexto mês de gestação, quando as futuras mães já percebem os movimentos fetais (Schmidt; Argimon, 2009).

A escala original é constituída por vinte e quatro questões das quais a grávida deverá escolher a resposta que melhor revela os seus sentimentos acerca de si própria e do seu futuro bebé. As respostas são dadas através de uma escala de tipo *likert*, com cinco modalidades de resposta, “sim, sem dúvida”; “sim”; “não tenho a certeza”; “não”; “não, sem dúvida”. Cranley (1981) identificou cinco sub-escalas, tendo, cada uma, quatro a seis itens que avaliam dimensões da ligação materno-fetal. As sub-escalas são: diferenciação da grávida e do feto; interacção com o feto; atribuição de características ao feto; identificação com o papel materno; *giving of self*. Relativamente às características psicométricas, a escala apresenta uma consciência interna elevada, tanto no total da escala (0.85) como nas sub-escalas (entre 0.52 e 0.73).

Esta escala foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Mendes, em 2002. De acordo com o seu estudo, a escala apresentou uma boa estabilidade temporal e uma consistência interna dentro de um intervalo considerado como ideal, apresentando um *alpha* de Cronbach de 0.82 (Mendes, 2002). O resultado final da escala situa-se entre 24 e 120, sendo que, quanto mais elevado for o valor maior será o grau de ligação materno-fetal.

5.6. O Questionário de Orientação para Viver (OLQ)

A Escala de Orientação para Viver – *Orientation to life questionnaire (OLQ)* – foi elaborada por Antonovsky, em 1987, de acordo com o seu modelo salutogénico. Pretende medir o sentido de coerência do indivíduo, determinando a capacidade que este tem de domínio das incoerências e dos acontecimentos da vida (cf. Anexo XIV).

O questionário original é composto por vinte e nove itens, medidos através de uma escala de sete pontos, que dá resposta através de um diferencial semântico posicionado entre duas frases de referência. Existe igualmente uma versão mais curta constituída por treze itens. Quanto mais elevado for o resultado da soma dos pontos, menos probabilidade o indivíduo terá de desenvolver *stress*, mesmo perante os eventos que o favorecem (Sekizuka *et al.* 2006). O questionário permite extrair oito tipos de SCO a que correspondem estruturas diferentes, resultado do cruzamento de três componentes: capacidade de compreensão (Ccom), avaliada por onze itens (item 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 26); capacidade de gestão (Cgma), avaliada por dez itens (item 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 e 29); e capacidade de investimento (Clmea), avaliada por oito itens (item 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22 e 28) (Antonovsky, 1987). A pontuação de cada uma das sub-escalas obtém-se somando as pontuações dos itens

respectivos, sendo os itens 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27 a inverter (Nunes, 1999). O resultado final da escala situa-se entre 29 e 203, sendo que, quanto mais elevado for o valor maior será o sentido de coerência.

O questionário apresenta uma elevada consistência interna, apresentando um *alpha* de Cronbach de 0.84 a 0.93 e coeficientes teste-reteste de cerca de 0.54 (Antonovsky, 1987). De acordo com a revisão publicada por Eriksson e Lindström, em 2005, este instrumento já tinha sido utilizado em trinta e três línguas, em trinta e dois países e em quinze versões diferentes, reforçando assim a pertinência transcultural do constructo avaliado.

Este questionário, ao ser adaptado e validado para a população portuguesa por Nunes (1999), apresentou uma elevada consistência interna, com um *alpha* de Cronbach de 0.83 a 0.90, e coeficientes de teste-reteste de $r=0.88$.

5.7. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS)

A escala de depressão pós-parto - *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* - foi elaborada por Cox, Holden e Sagovsky, em 1987, e pretende medir a presença e a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias (cf. Anexo XV). Esta escala tem sido usada em vários estudos, tanto durante a gravidez (e.g. Teixeira *et al.* 2009; Nascimento *et al.*, 2009;), como no pós-parto (e.g. Figueiredo *et al.*, 2010). A escala original possui uma sensibilidade e uma especificidade satisfatórias e é sensível às mudanças na severidade da depressão ao longo do tempo (Cox; Holden; Sagovsky, 1987).

A EDPS foi adaptada e validada para a população portuguesa por Augusto e colaboradores (1996). É constituída por dez perguntas e solicita, para cada uma delas, que a mulher forneça uma única resposta entre quatro opções, que serão classificadas com um valor correspondente a 0, 1, 2 e 3, para as perguntas número 1, 2 e 4, respectivamente e, de modo inverso, para as restantes. Após o preenchimento do questionário a cotação é feita através da soma da pontuação obtida em cada pergunta. O resultado final da escala situa-se entre 0 e 30, sendo que, quanto mais elevado for o valor maior será a probabilidade da mulher apresentar depressão pós-parto. Os valores superiores a doze são indicativos de depressão (Areias *et al.*, 1996; Figueiredo; Pacheco; Costa, 2007).

6. Previsão do processamento e da análise dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados ir-se-á utilizar a versão 16.0 do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows. Todas as variáveis, codificadas de acordo com o previsto no Anexo III, serão transpostas e introduzidas na base de dados do programa SPSS. De seguida, ir-se-á efectuar a análise dos resultados obtidos de modo a dar resposta aos objectivos estabelecidos, e também, devido à sua natureza exploratória, identificar possíveis fenómenos considerados pertinentes para a problemática em estudo. A análise estatística incluirá uma análise descritiva e uma análise inferencial. É importante verificar se não existem *outliers* nem *missing values* significativos.

Importa também referir que a análise dos resultados deverá não só dar resposta aos objectivos estabelecidos e às hipóteses de investigação em estudo, mas também, pela sua natureza exploratória, ser sensível aos achados que se virão a encontrar no decorrer do processo de análise, mesmo quando tenham menor expressão estatística, incluindo fraca significância.

Análise descritiva

Este tipo de análise será comum aos dois sub-estudos.

Para as variáveis de tipo quantitativo, expressas em escala de razão, tal como o número de filhos e a idade, de um ponto de vista analítico serão calculadas as medidas de tendência central (média, mediana e moda), o coeficiente de assimetria, e as medidas de dispersão (valor mínimo, valor máximo, amplitude e desvio padrão). Esta análise poderá ser acompanhada por uma expressão gráfica da distribuição das variáveis, como por exemplo um gráfico de barras para as variáveis discretas, e um histograma para as variáveis contínuas (Pestana; Gageiro, 2008).

Para as variáveis de tipo qualitativo, expressas em escala nominal, tais como o estado civil e a frequência do curso de preparação para o parto, de um ponto de vista analítico será unicamente calculada a moda. Esta análise poderá ser ilustrada por tabelas de distribuição das frequências e por uma representação gráfica, quer através de gráficos de barras, quer por gráficos circulares. Já para as variáveis de tipo

qualitativo, mas expressas numa escala ordinal, como é o caso do grupo etário e do nível de escolaridade, poder-se-á determinar a moda e a amplitude inter-quartil. A sua ilustração poderá ser realizada através de um gráfico circular ou de um gráfico de barras (Pestana; Gageiro, 2008).

A indução estatística quanto aos parâmetros descritivos será concretizada através de intervalos de confiança de 95%.

Análise Inferencial

Ao pretender-se identificar possíveis associações entre as variáveis em estudo, ir-se-á proceder a uma análise inferencial bivariada.

Considerando as hipóteses que pretendemos estudar e a natureza das variáveis, iremos utilizar um teste de correlação. Antes de se proceder a esta análise, interessa representar num diagrama de dispersão, também intitulado de *scatterplot*, a relação entre as variáveis. Este diagrama vai-nos permitir representar, em simultâneo, variáveis de nível quantitativo, ver se existe relação entre elas, e se essa relação é ou não linear. Outra vantagem é a de identificar se existem casos de *outliers* que podem vir a distorcer os resultados dos coeficientes de correlação (Pestana; Gageiro, 2008).

Sendo todas as variáveis de natureza quantitativa intervalar, o teste de correlação que iremos utilizar será o coeficiente de correlação R de *Pearson*. Este teste exige uma relação linear entre as variáveis e que os dados sejam oriundos de uma distribuição normal bidimensional, para se poder inferir. Trata-se de uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 (relação linear negativa perfeita) e 1 (correlação linear positiva perfeita). Um coeficiente igual a zero significa que não existe relação linear entre as variáveis. Normalmente um R menor que 0,2 indica uma associação linear muito baixa; entre 0,2 e 0,39 é baixa; entre 0,4 e 0,69 é moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e entre 0,9 e 1 é considerada muito alta. O mesmo se aplica às correlações negativas (Pestana; Gageiro, 2008).

A opção por testes paramétricos é assumida pelo investigador, no entanto, caso os pressupostos necessários para tal não sejam verificados, recorrer-se-á aos testes não paramétricos correspondentes, usando-se, neste caso, o coeficiente de correlação R de *Spearman*. Para se determinar se a amostra segue uma distribuição normal, dever-se-á recorrer ao teste de Kolmogorov-Smirnoff (Pestana; Gageiro, 2008). O coeficiente

Ró de Spearman não é sensível a assimetrias na distribuição, nem à presença de *outliers* (Pestana; Gageiro, 2008). Os valores serão sempre calculados de acordo com um nível de significância de 5% ($\alpha=0.05$) e com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC=95).

No presente estudo, poder-se-á recorrer ao modelo de regressão linear simples que analisa a relação entre duas variáveis cuja tendência é aproximadamente representada por uma linha recta. A menos que o coeficiente de correlação linear *R* de *Pearson* seja 1 ou -1, todas as previsões serão feitas em média. Assim, para o primeiro sub-estudo, poder-se-á, por exemplo, identificar se a solidão (variável dependente) pode ser explicada pela insatisfação com o suporte social (variável independente). O mesmo se poderá fazer relativamente à satisfação conjugal, ao sentido de coerência e à sintomatologia depressiva, de modo independente. Proceder-se-á de forma idêntica para o segundo sub-estudo. Numa segunda fase, estes princípios facilmente se estenderão ao modelo de regressão linear multivariado, onde se poderão estudar todas as variáveis independentes, de forma simultânea. Este modelo requer que a relação entre as variáveis seja linear e aditiva (Pestana; Gageiro, 2008).

A título exploratório, e uma vez que se possuem os dados necessários, importa também comparar, relativamente à experiência de sentimentos de solidão, as grávidas que frequentam cursos de preparação para o parto/maternidade com aquelas que não os frequentam. O mesmo é relevante entre as que frequentam ou frequentaram um curso na presente gestação e as que frequentaram numa gestação anterior. Para se analisar estatisticamente esta associação, e partindo do princípio que a amostra segue o pressuposto necessário para a aplicação de um teste paramétrico (dimensão superior a 30 sujeitos), dever-se-á recorrer ao Teste *T* de *Student* para comparar as médias de uma variável de tipo quantitativo (sentimentos de solidão) entre classes de uma dicotómica (frequência ou não frequência de um curso). A exploração dos dados poderá ser feita por representações gráficas, tal como por uma caixa de bigodes (Pestana; Gageiro, 2008).

7. Previsão da apresentação dos resultados

Este sub-capítulo pressupõe ser apenas ilustrativo e não exaustivo, apenas com alguns exemplos de como se poderão apresentar graficamente os resultados obtidos.

A apresentação dos resultados deverá iniciar-se pela descrição da amostra e pela análise descritiva univariada das características sócio-demográficas e de outras relacionadas com a caracterização e descrição da amostra em estudo, com o intuito de responder aos objectivos de investigação. De seguida, apresentam-se os resultados obtidos pela análise descritiva bivariada, de modo a responder às hipóteses de investigação.

Por exemplo, poder-se-á apresentar a distribuição das grávidas por idade através de uma caixa de bigodes, no entanto, agrupando-as por grupo etário é mais conveniente apresentar os resultados em quadros de distribuição de frequências (cf. Tabela 1), com as respectivas dimensões e percentagens. O mesmo deverá ser feito relativamente ao nível de escolaridade, à situação profissional, ao estado civil, à frequência do curso de preparação para o parto e ao número de filhos. Poder-se-á também optar por apresentar resultados sob a forma de um gráfico circular (cf. Gráfico 1) ou ainda de um gráfico de barras (cf. Gráfico 2).

		N=XX
Grupo etário (N=xx)	18-20 anos	XX (X,x%)
	20-24 anos	XX (X,x%)
	25-29 anos	XX (X,x%)
	30-34 anos	XX (X,x%)
	35-39 anos	XX (X,x%)
	40-44 anos	XX (X,x%)
	45-49 anos	XX (X,x%)
	50-59 anos	XX (X,x%)
	Moda	XX
Amplitude interquantil	XX	
Idade	Média	XX
	Mediana	XX
	Moda	XX
	Coef. Assimetria	XX
	Mínimo-Máximo	XX-XX
	Amplitude	XX
	Desvio padrão	XX
Estado civil	Solteira	XX (X,x%)
	Comprometida	XX (X,x%)
	Casada/Em união de facto	XX (X,x%)
	Divorciada/Separada	XX (X,x%)
	Viúva	XX (X,x%)
	Moda	XX

Número de filhos	0	XX (X,x%)
	1	XX (X,x%)
	2	XX (X,x%)
	3	XX (X,x%)
	Média	XX
	Mediana	XX
	Moda	XX
	Coef. Assimetria	XX
	Mínimo-Máximo	XX
Nível de escolaridade	Amplitude	XX
	Desvio padrão	XX-XX
	Ensino básico	XX (X,x%)
	Ensino secundário	XX (X,x%)
	Bacharelato	XX (X,x%)
	Licenciatura	XX (X,x%)
	Mestrado	XX (X,x%)
Doutoramento	XX (X,x%)	
Moda	XX	
Situação profissional	Estudante	XX (X,x%)
	Empregada	XX (X,x%)
	Empregada, mas de baixa médica	XX (X,x%)
	Desemprega	XX (X,x%)
	Moda	XX
Frequência de curso de P.P.	Sim	XX (X,x%)
	Não	XX (X,x%)
	Moda	XX

Tabela 1 – Distribuição das grávidas por grupo etário, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional e frequência de um curso de preparação para o parto/maternidade

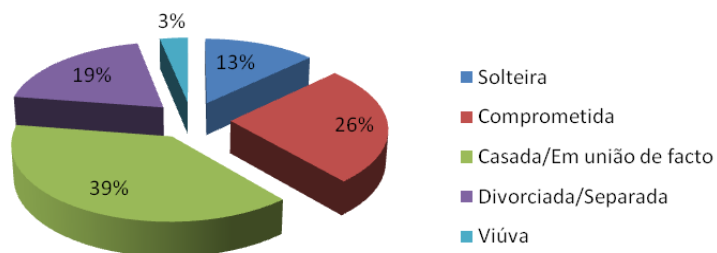


Gráfico 1 – Exemplo de um gráfico circular da percentagem das grávidas por estado civil

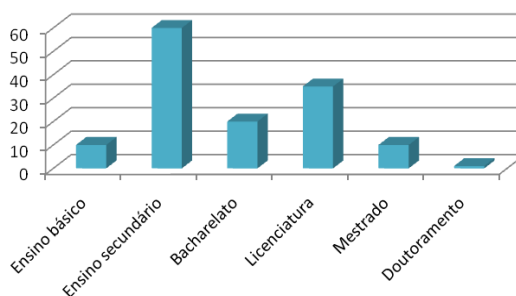


Gráfico 2 – Exemplo de um gráfico de barras das grávidas por nível de escolaridade

Ainda relativamente à descrição da amostra em estudo poder-se-á também caracterizá-la quanto às outras dimensões em estudo. Por exemplo, a experiência ou não de solidão pode ser identificada tomando em consideração um ponto de corte, o valor 41 (Geller, 2004). No mesmo sentido, o valor 12 (Figueiredo; Pacheco; Costa, 2007) permitirá discriminar as grávidas com depressão (superior a 12). Estes dados poderão ser ilustrados graficamente, através de um gráfico de barras.

Quanto à análise estatística bivariada, para se testar as hipóteses de investigação, ir-se-á apresentar os diagramas de dispersão seguidos das tabelas com os coeficientes de correlação e respectivos valores-p para ambos os sub-estudos, o que permitirá identificar possíveis associações estatisticamente significativas entre as variáveis (cf. Tabela 2 e Tabela 3).

Associações	Coefficiente de correlação	Valor-p*
Sentimentos de solidão (Escala UCLA) X Satisfação com o suporte social (ESSS)	- X,xx	Y,yyy
Sentimentos de solidão (Escala UCLA) X Satisfação com a relação conjugal (EASAVIC)	- X,xx	Y,yyy
Sentimentos de solidão (Escala UCLA) X Sentido de coerência (OLQ)	- X,xx	Y,yyy
Sentimentos de solidão (Escala UCLA) X Sintomatologia depressiva (EDPS)	X,xx	Y,yyy

* nível de significância de 5%

Tabela 2 - Distribuição das correlações entre as variáveis: solidão e suporte social; solidão e relação conjugal; solidão e sentido de coerência e solidão e sintomatologia depressiva

Associações	Coefficiente de correlação	Valor-p*
Ligação materno-fetal (MFAS) X Sentimentos de solidão (Escala UCLA)	- X,xx	Y,yyy
Ligação materno-fetal (MFAS) X Sentido de coerência (OLQ)	X,xx	Y,yyy
Ligação materno-fetal (MFAS) X Satisfação com o suporte social (ESSS)	- X,xx	Y,yyy
Ligação materno-fetal (MFAS) X Satisfação com a relação conjugal (EASAVIC)	- X,xx	Y,yyy
Ligação materno-fetal (MFAS) X Sintomatologia depressiva (EDPS)	X,xx	Y,yyy

* nível de significância de 5%

Tabela 3 - Distribuição das correlações entre as variáveis: ligação materno-fetal e solidão; ligação materno-fetal e sentido de coerência; ligação materno-fetal e suporte social; ligação materno-fetal e relação conjugal; ligação materno-fetal e sintomatologia depressiva

8. Pedido de autorizações

Como já foi referido, antes de se dar início à investigação propriamente dita será necessário obterem-se as autorizações oficiais, obrigatórias e imprescindíveis à implementação do projecto delineado. Para isso, foi redigido um documento que contém, por um lado, uma breve apresentação e descrição do projecto, incluindo os protocolos de investigação, e por outro, um pedido de autorização com vista à obtenção das licenças. Este documento deverá ser entregue aos responsáveis pelos serviços onde irão ser implementadas as técnicas de investigação.

Partindo do princípio de que este estudo irá ser efectuado no Centro de Saúde de Torres Vedras, uma das cartas deverá ser remetida ao seu Director Executivo que iniciará as diligências necessárias e obrigatórias (cf. Anexo IV).

9. Estudo piloto

Será realizado, previamente, um estudo piloto a um pequeno grupo de grávidas, por exemplo a cerca de 15 utentes, em condições semelhantes à do estudo propriamente dito e de acordo com a metodologia apresentada. O estudo piloto tem como objectivos testar a acessibilidade e a compreensão das questões dos instrumentos utilizados, pe do cálculo do tempo médio dispensado por cada utente. Como tal, os questionários serão respondidos na presença do investigador a fim de contabilizar o tempo de preenchimento e permitir o esclarecimento de alguma dúvida. Será igualmente solicitado às inquiridas que façam uma avaliação do procedimento, da clareza do conteúdo e em termos de *layout*.

ASPECTOS A CONSIDERAR NA DISCUSSÃO

Uma vez que se trata de um protocolo de projecto de investigação não se podem fazer considerações sobre os resultados. No entanto, espera-se que estes confirmem as hipóteses de investigação formuladas inicialmente e possam responder aos objectivos propostos. Os resultados mais significativos deverão ser destacados e confrontados com os dados obtidos nos outros estudos. No caso de existir alguma incoerência entre ambos, será importante procurar compreender os factores que possam explicar essas diferenças.

Após a discussão dos resultados, interpretados à luz da evidência teórica encontrada para os mesmos indicadores na literatura científica, é fundamental que o investigador adopte uma visão crítica quanto à qualidade, ao valor e à confiança dos mesmos. Neste sentido, destaca-se, por um lado, as questões de validade interna, e por outro, as de validade externa. A validade interna diz respeito ao grau de confiança a que os resultados obtidos respondem aos objectivos e às hipóteses de investigação formuladas inicialmente, enquanto a validade externa pretende reconhecer se os resultados obtidos podem ou não ser generalizados a populações mais amplas e a situações semelhantes. Para o investigador poder pronunciar-se sobre a segunda, é necessário que a primeira seja previamente considerada como satisfatória (Robert, 1998).

1. Validade interna

É importante ter-se consciência de que o desenho do estudo observacional escolhido é limitado pelo facto de não ser possível inferir qualquer relação de causalidade. Deste modo, apesar de ser previsível que se encontrem associações significativas entre as variáveis em estudo, é importante ter sempre presente que a direcção da relação entre as variáveis pode não ser assumida. Assim, o desenho de investigação não permite generalizar, quanto à causalidade, entre as variáveis independentes e as dependentes.

Do mesmo modo, e antes mesmo da causalidade, a investigação não permite saber qual valor ocorre primeiro, por se tratar de um estudo transversal.

Outro aspecto a ter em consideração, é que a população em estudo engloba apenas as grávidas que frequentam o Centro de Saúde de Torres Vedras, colocando algumas reservas na generalização à população alvo.

2. Validade externa

Importa ter em consideração que os aspectos culturais e sociais subjacentes às dimensões em causa podem não ser representativos de outras realidades tanto a nível nacional como internacional. Este aspecto é ainda mais relevante no estudo da solidão.

Os resultados obtidos nos estudos referenciados no enquadramento podem, eles próprios, não serem generalizáveis ao resto das respectivas populações, uma vez que grande parte utiliza amostras de conveniência ou de dimensões muito pequenas. Este é igualmente um fenómeno que poderá enviesar os resultados obtidos neste estudo.

Um último aspecto a ter em conta, é que na revisão da literatura só foram encontrados dois estudos directamente ligados à temática da solidão na gravidez, o que poderá dificultar a comparação com outros resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da experiência da solidão ser um fenómeno comum na vida de qualquer ser humano, quando este se torna demasiado frequente e deixa de estar sob o nosso controlo, podemos sentir extremamente infelizes e desamparados. A solidão aparece, então, como um estado indesejado e com consequências negativas a curto e a longo prazo. Como seres sociais que somos, precisamos de viver em grupo para satisfazer as nossas necessidades pessoais. A sociedade actual, ao fomentar o individualismo e o egoísmo, tem vindo a favorecer o surgimento de tal sentimento nos indivíduos. A solidão é hoje em dia um verdadeiro problema social de Saúde Pública.

Embora o senso comum associe a gestação a um estado de felicidade, acreditando ter este um efeito protector sobre a saúde mental da mulher, hoje sabe-se que isso não é verdade. As alterações hormonais e fisiológicas têm um grande impacto sobre o corpo e a mente da mulher, tornando-a mais exposta e vulnerável a alterações psicológicas. Para além disso, a vivência saudável da gravidez não se associa unicamente às características pessoais da mulher, mas também, e em grande parte, à atmosfera social que a envolve, destacando-se como fundamental o suporte social e o apoio do companheiro. Quando as características sociais se associam às transformações psicofisiológicas inerentes à gravidez, facilmente a mulher grávida pode experienciar sentimentos de solidão. Na prática clínica, os profissionais de saúde ouvem inúmeras queixas sobre a solidão e sobre os seus problemas adjacentes. O mesmo se verifica nos fóruns de internet e nas redes sociais em que as grávidas pedem conselhos para superar o estado de solidão sofrido durante a gravidez.

A solidão materna pode ter importantes repercussões no recém-nascido. O comportamento e as expectativas da futura mãe, ao longo da gravidez, vão influenciar e moldar a relação que a progenitora cria com o seu bebé. Esta, não surge de forma abrupta após o parto, mas resulta de uma construção progressiva, elaborada desde o início da gestação. Por conseguinte, pelas repercussões negativas que os determinantes da solidão podem ter no estabelecimento da ligação materno-fetal, e assim afectar o desenvolvimento psicológico e social do futuro ser, este tema adquire contornos extremamente importantes em Saúde Pública.

Apesar de não se poderem elaborar considerações sobre os resultados que irão surgir desta investigação, espera-se, com a implementação deste projecto, chamar a atenção dos profissionais e dos investigadores para dois aspectos essenciais:

Em primeiro lugar, para a importância de se compreender, investigar e aprofundar esta temática. Como qualquer conceito da esfera dos afectos, é discutível que a solidão e os seus aspectos subjacentes possam ser rigorosamente medidos. Neste contexto, estabelece-se um diálogo entre os aspectos substantivos do fenómeno, que se encontram ainda muito etéreos e em moldes pouco estruturados, e os aspectos metodológicos. O presente estudo, de natureza exploratória, optou por recorrer à metodologia quantitativa pela possibilidade de ressonância entre o investigador e as grávidas. Ao proporcionar alguma fundamentação teórica, deseja dar o primeiro passo para que se discutam conceptualmente e metodologicamente, os determinantes da solidão. O simples facto de trazer esta questão à luz do dia pode contribuir para uma visão mais abrangente da solidão na promoção da saúde materna, com o intuito de se potenciarem os seus factores protectores e evitar ou atenuar o impacto dos factores de risco. Será importante realizarem-se estudos mais pormenorizados que tomem em consideração outras variáveis interferentes. A implementação de estratégias qualitativas deve ser ponderada como alternativa à investigação quantitativa, para alcançar e responder a questões de investigação de natureza distinta (Fernandes; Maia, 2001).

Em segundo lugar, é essencial ter-se consciência de que é urgente diagnosticarem-se precocemente as grávidas que estão em risco e, conseqüentemente, intervir correctamente, no sentido de evitar o aparecimento de perturbações. Conforme os resultados obtidos, a interferência das variáveis deve ser tomada em consideração nos rastreios das grávidas, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários. Os profissionais de saúde que trabalham na área devem dispor de meios de diagnóstico que lhes permitam actuar e encaminhar a grávida com vista a prevenir o surgimento da solidão. Como intervenções, recomenda-se: a terapia breve de casal, para os casos em que o relacionamento conjugal seja insatisfatório; os grupos de suporte para as grávidas com baixo suporte social, e terapia individual, para as grávidas com poucos recursos mentais para lidarem com a ansiedade elevada durante a gravidez (Pereira; Santos; Ramalho, 1999). Os grupos de preparação para o parto, como são habitualmente denominados, podem também ser estratégias relevantes na diminuição do impacto que os factores de risco têm no aparecimento da solidão. Estes cursos, destinados não só à mulher mas ao casal, pretendem capacitar os dois progenitores e dar-lhes as

competências necessárias para vivenciarem este período de forma saudável. Nestes grupos, os assuntos abordados vão muito para além da mecânica do parto propriamente dita. Esta intervenção, ao permitir a partilha de experiências e sentimentos, a troca de informações objectivas e reflexões sobre os diferentes aspectos que envolvem a gravidez, o parto, o puerpério e os cuidados com um filho recém-nascido, bem como a co-construção de novos significados, podem possibilitar a satisfação da necessidade de pertença da futura mãe, bem como fortalecer o seu sentido de coerência. De acordo com Klein e Guedes (2008), o compartilhar de sentimentos e o apoio mútuo podem funcionar como suporte social durante a gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMSON, J. H.; ABRAMSON, Z. H. – Survey methods in community medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
- ALARCÃO, M. – (Des)Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) (4th. ed.). Washington, D.C.: Author, 1994.
- ANDERSON, S. A.; RUSSEL, C. S.; SCHUMM, W. R. – Perceived marital quality and life-cycle categories: a further analysis. **Journal of Marriage and the Family**. 45 (1983) 127-139.
- ANTONOVSKY, A. – Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- ANTONOVSKY, A. – The structure and properties of the sense of coherence scale. **Social Science & Medicine**. 36 : 6 (1993) 725-733.
- ANTONUCCI, T. C. – Attachment life span concept. **Human Development**. 19 (1976) 135-142.
- AREIAS, M. E.; KUMAR, R.; BARROS, H.; FIGUEIREDO, E. – Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the postnatal depression scale in Portuguese mothers. **British Journal of Psychiatry**. 160 (1996) 30-35.
- ASHMAN, S. B.; DAWSON, G.; PANAGIOTIDES, H. – Trajectories of maternal depression over 7 years: relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. **Development and Psychopathology**. 20 (2008) 55-77.
- AUGUSTO, A.; KUMAR, R.; CALHEIROS, J. M.; MATOS, E.; FIGUEIREDO, E. - Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. **Psychol Med**. 26 (1996) 135–141.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. – Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 53 : 1 (2006) 81-86.
- BAUMEISTER, R. F.; LEARY, M. R. – The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. **Psychological Bulletin**. 117 (1995) 497-529.
- BERKOW, R. ... [et al.] – Manual Merck, 2011. [Em linha]. [Consult. 22.05.2011]. Disponível em: http://www.msd.pt/content/corporate/pt_index.html.
- BOWLBY, J. – The nature of the child's ties to his mother. **International Journal of Psycho-Analysis**. 39 (1958) 350-373.

- BRIGIDO, M. – Variáveis psicológicas na adaptação ao nascimento de um filho: Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, 4 e 6 de Fevereiro de 2010. Braga: Universidade do Minho, 2010.
- BURT, V. K.; STEIN, K. – Epidemiology of depression throughout the female life cycle. **Journal of Clinical Psychiatry**. 63 : 7 (2002) 9-15.
- CACIOPPO, J. T. ... [et al.] – Lonely traits and concomitant physiological processes: the MacArthur social neuroscience studies. **International Journal of Psychophysiology**. 35 (2000) 143-154.
- CANAVARRO, M. C. S. - Inventário de sintomas psicopatológicos: B.S.I. In SIMÕES, M. R.; ALMEIDA, L. S.; GONÇALVES, M. - *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Vol.2. Braga: SHO, 1999, 95-109.
- CANAVARRO, M. C. - Relações afectivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo de vida. Coimbra: Quarteto, 1999.
- CANAVARRO, M. C. – Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto, 2001.
- CARVALHO, G. – Sentido de coerência, ligação materno-fetal e estilo de vida da mulher durante a gravidez. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. 2005.
- CEPÊDA, T.; BRITO, I.; HEITOR, M. J. – Estou grávida! Que bom! Que preocupação. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2005
- CLAY, E. C.; SEEHUSEN, D. A. – A review of postpartum depression for the primary care physician. **Southern Medical Journal**. 97 : 2 (2004) 157-161.
- COBB, S. – Social support as a moderate of life stress. **Psychosomatic Medicine**. 38: 5 (1976) 300-304.
- COHEN, S. - Social relationships and health. **American Psychologist**. 59 (2004) 676-684.
- COLMAN, L.; COLMAN, A. – Gravidez: a experiência psicológica. Lisboa: Colibri, 1994.
- CONDE, A.; FIGEIREDO, B. – Ansiedade na gravidez: factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. **Psiquiatria Clínica**. 24 : 3 (2003) 197-209.
- CONDON, J. T.; CORKINDALE, C. – The correlates of antenatal attachment in pregnant women. **British Journal of Medical Psychology**. 70 : 4 (1997) 359-372.
- CONDON, J. T. – The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. **British Journal of Medical Psychology**. 66 : 2 (1993) 167-183.
- CORDEIRO, J. – Perspectivas preventivas em saúde mental. In CORDEIRO, J. C. - *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.
- CORREIA, M. J. – Sobre a maternidade. **Análise Psicológica**. 3 : 16 (1998) 365-371.

- COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. – Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry**. 150 (1987) 782-786.
- CRAMER, D.; HENDERSON, S.; SCOTT, R. – Mental health and desired social support: a four-wave panel study. **Journal of Social and Personal Relationships**. 14 : 6 (1997) 761-775.
- CRANLEY, M. – Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. **Nursing Research**. 30 : 5 (1981) 281-284.
- CROHAN, S. E. – Marital quality and conflict across the transition to parenthood in african American and with couples. **Journal of Marriage and the Family**. 58 (1996) 933-944.
- DA COSTA, D. ... [et al.] – Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevates hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. **Journal of Psychosomatic Research**. 47 : 6 (1999) 609-621.
- DA SILVA, V. A. ... [et al.] – Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. **Brasilian Journal of Medical and Biological Research**. 31 (1998) 799-804.
- DAVAN, J. ... [et al.] – Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. **American Journal of Epidemiology**. 155 : 4 (2001) 293-301.
- DELASSUS, J. M. – Le sens de la maternité. Paris: Dunond, 1995
- DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. – Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 16 : 3 (2000) 221-231.
- EBERHARD-GRAN, M. ... [et al.] – Depression during pregnancy and after delivery: a repeated measurement study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**. 25 : 1 (2001) 15-21.
- EISSES, A. M. H. ... [et al.] – Risk indicators of depression in residential homes. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. 19 (2004) 634-640.
- EIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. – Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 59 (2005) 460-466.
- ELSENBRUCH, S. ... [et al.] – Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. **Human Reproduction**. 22 : 3 (2007) 869-877.
- ELLIOT, S. A. ... [et al.] – Mood changes during pregnancy and after the birth of a child. **British Journal of Clinical Psychology**. 22: 4 (1982) 295-308.
- ENGEL, G. L. – The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**. 8 (1977) 129-136.
- EVANS, J. ... [et al.] - Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. **British Medical Journal**. 323 (2001) 257-260.

- FALCONE, V. M. ... [et al.] – Actuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**. 29 : 4 (2005).
- FELDMAN, P. J. ... [et al.] - Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. **Psychosomatic Medicine**. 62 : 7 (2000) 715-725.
- FERNANDES, E. M.; MAIA, A. – Grounded theory. In FERNANDES, E. M.; ALMEIDA, L. S. – *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológica*. Braga: Universidade do Minho, 2001.
- FIGUEIREDO, B. – Perturbações psicopatológicas do puerpério. In CANAVARRO, C. C. – *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto (2001a) 163-188.
- FIGUEIREDO, B. – Depressão pós-parto: considerações a propósito da intervenção psicológica. **Psiquiatria Clínica**. Vol. 22: 3 (2001b) 329-339.
- FORMAN, N. F. ... [et al.] - Postpartum depression: identification of women at risk. **Bjog**. 107 : 10 (2000) 1210-1217.
- FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. – Interação mãe-bebé em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**. 10 : 1 (2005) 47-55.
- GELLER, J. S. – Loneliness and pregnancy in an urban latino community: associations with maternal age and unscheduled hospital utilization. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**. 25 (2004) 203-209.
- GOLDSTEIN, L. H.; DIENER, M. L.; MANGELSDORF, S. C. – Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: associations with maternal behavior. **Journal of Family Psychology**. 10 : 1 (1996) 60-71.
- GOMEZ, R.; LEAL, I. – Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da *antenatal emotional attachment scale*. **Psicologia, Saúde & Doenças**. 8 : 3 (2007) 153-165.
- GRAÇA, L - Guião para o desenho de um projecto de investigação. Textos, T 834. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Saúde Ocupacional. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2004.
- GUERRA, M. – Uma escala de avaliação do suporte social: sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV. **Avaliação Psicológica**. 3 (1995) 25-34.
- GÜNTHER, H. – Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 22 : 2 (2006) 201-210.
- HAWKLEY, L. C.; CACIOPPO, J. T. - Loneliness and pathways to disease. **Brain, Behavior and Immunity**. 17 (2003) 98-105.
- HEINRICH, L. M.; GULLONE, E. – The clinical significance of loneliness: a literature review. **Clinical Psychology Review**. 26 (2006) 695-718.
- HIDALGO, M.; MENENDEZ, S. – La pareja ante la llegada de los hijos: evolución de la relación conyugal durante el proceso de convertirse em padre y madre. **Infância y Aprendizaje**. 26 : 4 (2003) 469-483.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – Estatísticas territoriais. [Em linha] Lisboa: I.N.E., 2011. [Consult. 10 Junho 2011]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3.
- ISABELLA, R. A. - Origins of maternal role satisfaction and its influences upon maternal interactive behavior and infant-mother attachment. **Infant Behavior and Development**. 17 : 4 (1994) 381-387.
- JONES, W. – Loneliness and social behavior. In PEPLAU, L. A.; PERLMAN, D. (Eds.) – *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley-Interscience, 1982.
- JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. – Rede social durante a expansão da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 60 : 2 (2007) 184-189.
- KESSEK, R.; PRICE, R.; WORTMAN, C. – Social factors in psychopathology: stress, social support and coping process. **Annual Review of Psychology**. 36 (1985) 531-572.
- KOREN-KARIE, N. – Attachment representations in adulthood: relations with parental behaviors. **Israel Journal of Psychiatry & Related Science**. 37 : 3 (2000) 178-189.
- KIDD, S. A. – “The walls are closing in, and we were trapped”: a qualitative analysis of street youth suicide. **Youth and Society**. 36 (2004) 30-55.
- KEIN, M. M.; GUEDES, C. R. – Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicologia: ciência e profissão**. 28 : 4 (2008).
- LASGAARD, M. ... [et al.] – Different sources of loneliness are associated with different forms of psychopathology in adolescence. **Journal of Research in Personality**. 45 : 2 (2011) 233-237.
- LEAL, I. P. – Psicologia da maternidade: alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. **Análise Psicológica**. 2 : 10 (1992) 229-234.
- LEAL, I. – Transformações sócio-culturais da gravidez e da maternidade: correspondente transformação psicológica. In **Actas do 2º Congresso de Psicologia da Saúde**. Lisboa: ISPA, 1997, p. 201-214.
- LENG, G.; MEDDLE, S.; DOUGLAS, A. – Oxytocin and the maternal brain. **Current Opinion in Pharmacology**. 8 (2008) 731–734
- LEWIS, M. – Social development in infancy and early childhood. In Osofsky, J. D. (Org.) - *Handbook of infant development*. New York: Wiley, 1987, p. 419-493.
- LINDSTROM, B.; ERIKSSON, M. – Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. **Health Promotion International**. 21 : 3 (2006) 238-244.
- LOUREIRO, M. I. ... [et al.] – Mental health promotion during pregnancy and early childhood: an action-research project in primary health care. **Saúde Mental**. (2009a).
- LOUREIRO, M. I. ...[et al.] – Priorities for mental health promotion during pregnancy and infancy in primary health care. **Global Health Promotion**. 16 : 1 (2009b) 29-38.

- LUOMA, I. ... [et al.] – Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.** 40 : 12 (2001) 1367-1374.
- MARCUS, S. M. ... [et al.] – Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. **Journal of Womens Health.** 12 : 4 (2003) 373-380.
- MAY, K. A. - Three phases of father involvement in pregnancy. **Nursing Research.** 31 (1982) 334-337.
- MCADAMS, D. – Personal needs and personal relationships. In DUCK, S. – Handbook of personal relationships. London: John Wiley & Sons, 1988.
- MCNALLY, S.; NEWMAN, S. – Objective and subjective conceptualizations of social support. **Journal of Psychosomatic Research.** 46 : 4 (1999) 309-314.
- MEDORA, N.; WOODWARD, J. C. – Loneliness among adolescent college students at a midwestern university. **Adolescence.** 21 : 82 (1986) 391-402.
- MENEZES, C. C.; LOPES, R. C. – Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. **Psico-USF.** 12 : 1 (2007) 83-93.
- MELLOR, D. ... [et al.] – Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness and life satisfaction. **Personality and Individual Differences.** 45 (2008) 213-218
- MILGROM, J. ... [et al.] – Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. **Journal of Affective Disorder.** 108 : 1-2 (2008) 147-157.
- MENDES, I. M. – Ligação materno-fetal. Coimbra: Quarteto, 2002.
- NARCISO, I. - Conjugalidades satisfeitas, mas não perfeitas: à procura do padrão que liga: Tese de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 2001.
- NARCISO, I.; COSTA, M. E. – Amores satisfeitos, mas não perfeitos. **Cadernos de Consulta Psicológica.** 12 (1996) 115-130.
- NASCIMENTO, S.; AMORIN, M. ; PRIMO, C.; CASTRO, D. – Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.** 11 : 2 (2009) 18-23.
- NETO, F. - Avaliação da solidão da UCLA: Adaptação portuguesa. **Psicologia Clínica.** 2 (1989) 65-79.
- NETO, F.; BARROS, J. – Solidão em diferentes níveis etários. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento.** 3 (2001) 71-88.
- NUNES, L. S. – Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do *stress*: introduzindo o conceito de sentido de coerência. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** 16 : 4 (1998).
- NUNES, L. – O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influência a saúde mental e a qualidade de vida. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1999.
- OAKLEY, A.; HICKEY, D.; RAJAN, L.; RIGBY, A. – Social support in pregnancy: does it have long-term effects? **Journal of Reproductive and Infant Psychology.** 14 : 1 (1996) 7-22.

- O'HARA, M. W.; REHM, L. P. CAMPBELL, S. B. – Postpartum depression: a role for social network and life stress variables. **Journal of Nervous and Mental Disease**. 171 (1983) 336-341.
- ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ – Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: OMS, 2001.
- PAGEL, M. D. ... [et al.] – Psychosocial influences on new born outcomes: a controlled prospective study. **Social Science & Medicine**. 30 : 5 (1990) 597-604.
- PAYNE, J. L. – Antidepressant use in postpartum period: practical considerations. **American Journal of Psychiatry**. 164 : 9 (2007) 1329-1332.
- PEPLAU, L. A.; PERLMAN, D. – Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. New York: wiley-Interscience Publication, 1982.
- PEREIRA, M. G.; SANTOS, A. C.; RAMALHO, V. – Adaptação à gravidez: um estudo biopsicossocial. **Análise Psicológica**. 17 : 3 (1999) 583-590.
- PERLMAN, D.; PEPLAU, L. A. – Loneliness. **Encyclopedia of Mental Health**. 1 (1998) 571-581.
- PERLMAN, D. – European and Canadian Studies of Loneliness among seniors. **Canadian Journal on Aging**. 23 (2004) 181-188.
- PICCININI, C. A. ... [et al.] – O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 17 : 3 (2004) 303-314.
- PICCININI, C. A. ... [et al.] – Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**. 13 : 1 (2008) 63-72.
- PONIZOVSKY, A. M.; RITSNER, M. – Patterns of loneliness in an immigrant population. **Comprehensive Psychiatry**. 45 : 5 (2004) 408-414.
- PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C. – Prevalência da depressão e níveis imunológicos em mulheres após relaxamento. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. 15 : 1 (2007) 72-78.
- RAPAPORT, A.; PICCININI, C. A. – Apoio social e experiência da maternidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. 16 :1 (2006) 85-89.
- RAOSOFT – Sample Size calculator. [Em linha] EUA, 2011. [Consult. 5 Junho 2011]. Disponível em <http://www.raosoft.com/samplesize.html>.
- RATO, P. I. - Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. **Análise Psicológica**. 3 : 16 (1998) 405-413.
- REIS, G. F. F. – Alterações fisiológicas maternas da gravidez. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. 43 : 1 (1993) 3-9.
- RIBEIRO, J. P. – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). **Análise Psicológica**. 3 : 17 (1999) 547-558.
- ROBERT, M. – Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie. Québec : Edisem Inc., 1988.

- ROCKACH, A. – Giving life: loneliness, pregnancy and motherhood. **Social Behavior and personality**. 32 : 7 (2004) 691-702.
- ROSAND, G. ... [et al.] – Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. **BMC Public Health**. 11 : 161 (2011).
- RUSSEL, D. – The UCLA Loneliness scale (Version 3): Reliability, validity and factor structure. **Journal of Personality Assessment**. 66 (1996) 20-40.
- RUSSEL, D.; PEPLAU, L.; CUTRONA, C. – The revised UCLA Loneliness Scale : concurrent and discriminant validity evidence. **Journal of Personality and Social Psychology**. 39 : 3 (1980) 472-480.
- RUSSEL, D.; PEPLAU, L.; FERGUSON, M. – Developing a measure of loneliness. **Journal of Personality Assessment**. 42 (1987) 290-294.
- SEEMAN, T. E. – Social ties and health: the benefits of social integration. **Annals of Epidemiology**. 6 : 5 (1996) 442-451.
- SEKIZUKA, N. ... [et al.] – Relationship between sense of coherence in final stage of pregnancy and postpartum stress reactions. **Environmental Health and Preventive Medicine**. 11 (2006) 199-205.
- SIDDIQUI, A.; HÄGGLÖF, B. – Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? **Early Human Development**. 59 : 1 (2000) 13-25.
- SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. – Depressão puerperal – uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 7 : 2 (2005) 231-238.
- SILVA, E. T.; CAETANO, J. A.; SILVA, A. R. V. – Assistência pré-natal de um serviço de atendimento secundário. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. 19 : 4 (2006) 216-223.
- SJÖSTRÖM, H.; LANGIUS-EKLÖF, A.; HJERTBERG, R. – Well-being and sense of coherence during pregnancy. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**. 82 (2004) 1112-1118.
- SIMONS, R. L.; JOHNSON, C. – The impact of marital and social network support on quality of parenting. In PIERCE, G. R.; SARASON B.R.; SARASON I.J. (Org.) - *Handbook of social support and the family*. New York: Plenum Press, 1996, p. 269-287.
- SCHMIDT, E. B.; ARGIMO, I. I. L. - Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Revista Paidéia**. 19 : 43 (2009) 211-220.
- SOARES, I - Vinculação e cuidados maternos: Segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In CANAVARRO, M. C., ed. lit. – *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001, p. 75-104.
- SOTTO-MAYOR, M.; PICCININI, C. A. - Relacionamento conjugal e depressão materna. **PSICO**. 36 : 2 (2005) 135-148.
- SCHWARZER, R.; LEPPIN, A. –Social support and health: a theoretical and empirical overview. **Journal of Social and Personal Relationships**. 8 (1991) 99-127.

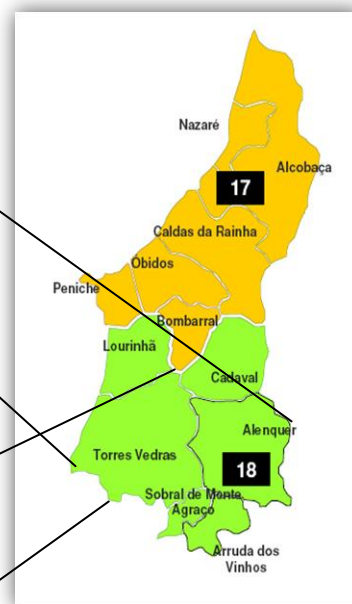
- TEIXEIRA, C. ...[*et al.*] – Anxiety and depression during pregnancy in women and men. **Journal of Affective Disorders**. 119 (2009) 142-128.
- TORRES VEDRAS. CÂMARA MUNICIPAL – **População: Caracterização**. [Em linha] Torres Vedras: C. M., 2006. [Consult. 25.05.2011]. Disponível em: http://www.cm-tvedras.pt/ficheiros/pdfs/populacao_torresvedras_2001_cmtv.pdf.
- UCHINO, B. N.; CACIOPPO, J. T.; KIECOLT-GLASER, J. K. – The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. **Psychological Bulletin**. 119 : 3 (1996) 488-531.
- WATHINGSTON, E.; KESSLER, R. C. – Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life events. **Journal of Health and Social Behavior**. 27 (1986) 78-89.
- WEISS, R. S. – Loneliness: the experience of emotional and social isolation. Cambridge, Mass: MIT Press, 1973.
- WILKINSON, R. B. – Changes in psychological health and the marital relationship: Through childbearing: Transition or process as stressor? **Australian Journal of Psychology**. 4 : 47 (1995) 86-92.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **La santé maternelle en dix points**. [Em linha]. Genève: WHO, 2010. [Consult.10.01.2011]. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/fr/index.html.

ANEXOS

Anexo I. Abrangência e organigrama do ACES Oeste Sul



Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo



Agrupamentos de Centros de Saúde – Oeste

17 – Oeste Norte ou Oeste I

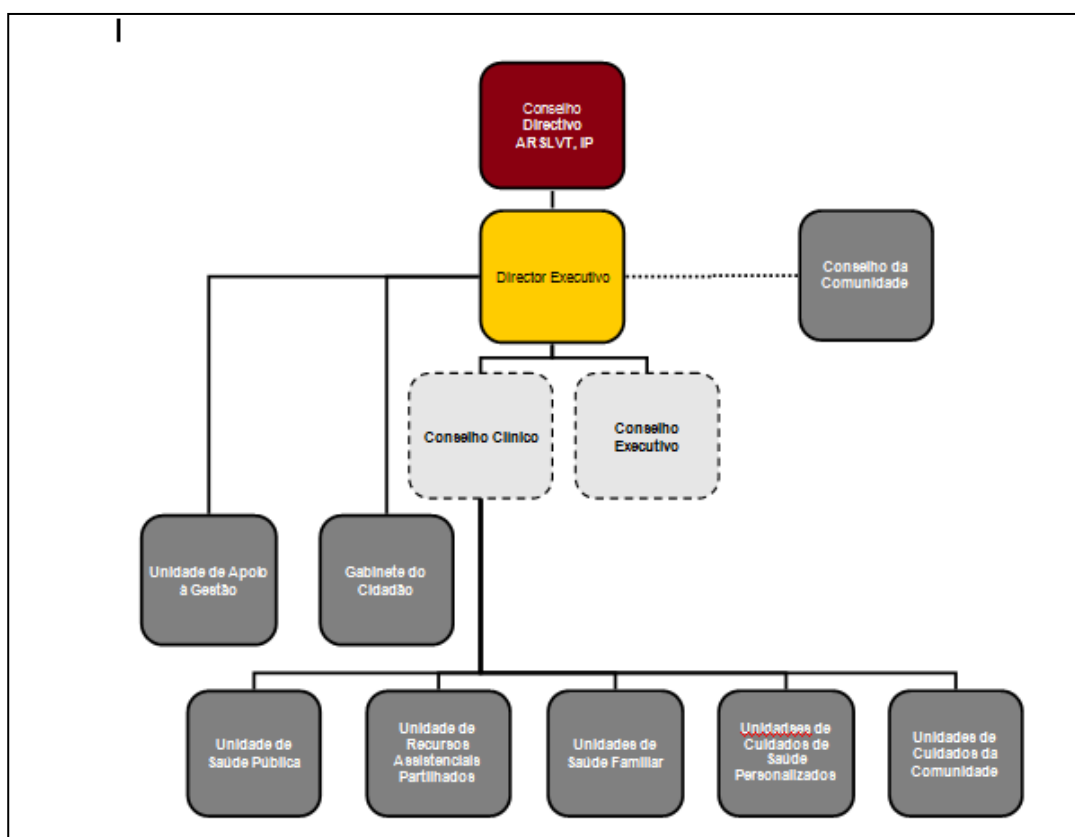
18 – Oeste Sul ou Oeste II



Área de abrangência do Centro de Saúde de Torres Vedras

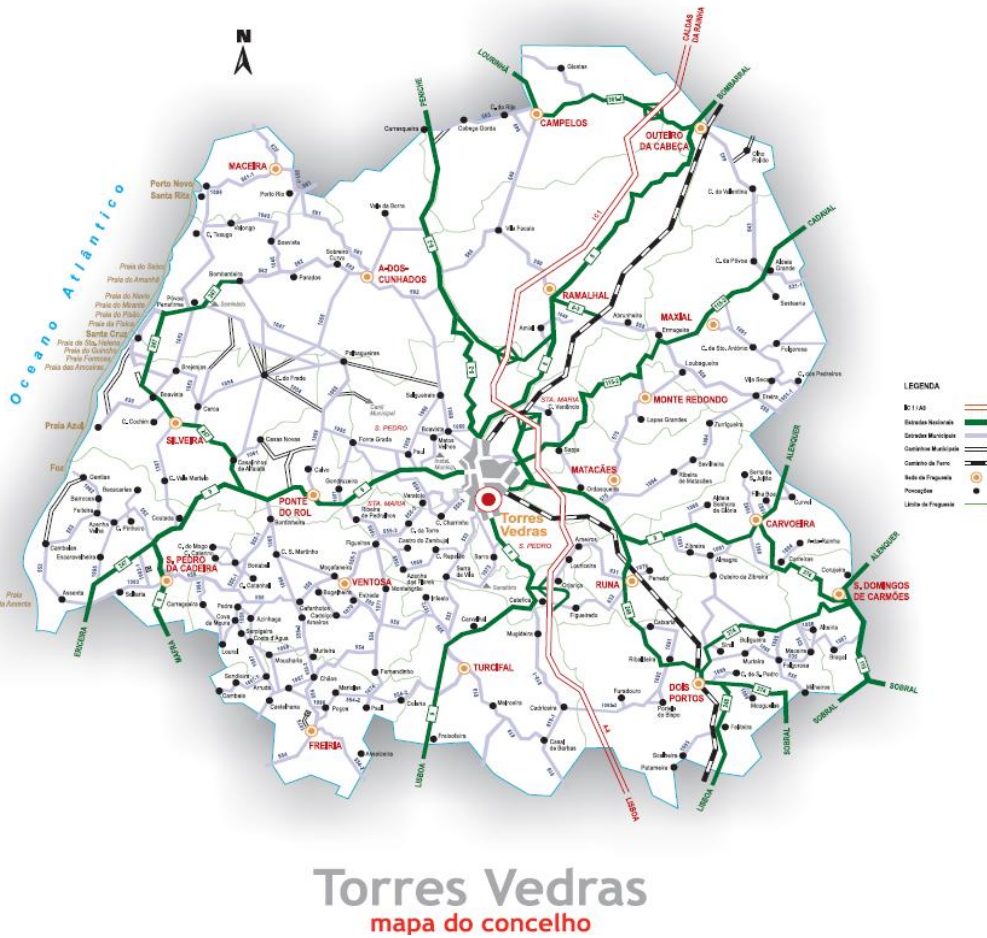
(ARSLVT, 2011)

Organigrama do ACES Oeste Sul



(Plano de Desempenho do ACES Oeste Sul, 2011)

Anexo II. Mapa da região abrangida pelo Centro de Saúde de Torres Vedras



(Câmara Municipal de Torres Vedras, 2011)

Freguesias de Torres Vedras

- | | |
|-------------------|---|
| A-dos-Cunhados | Ramalhal |
| Campelos | Runa |
| Carmões | Santa Maria do Castelo e São Miguel (Torres Vedras) |
| Carvoeira | São Pedro da Cadeira |
| Dois Portos | São Pedro e Santiago (Torres Vedras) |
| Freiria | Silveira |
| Maceira | Turcifal |
| Matacães | Ventosa |
| Maxial | |
| Monte Redondo | |
| Outeiro da Cabeça | |
| Ponte do Rol | |

Anexo III. Operacionalização e caracterização das dimensões em estudo

Variáveis sócio-demográficas

Nome da variável	Operacionalização da variável	Tipo da variável	Escala de medida	Designação	Gama de variação da variável	Codificação da variável
Idade	Número de anos decorridos entre a data de nascimento da grávida e a data de preenchimento dos questionários	Quantitativa Contínua	De razões	Id	Dos 18 aos ... anos **	## anos
Grupo etário *	Grupo etário a que corresponde a variável idade	Quantitativa Discreta	Ordinal	Grupo_et	- 18-20 anos - 21-24 anos - 25-29 anos - 30-34 anos - 35-39 anos - 40-44 anos - 45-49 anos - 50-54 anos **	1= 18-20 anos 2= 21-24 anos 3= 25-29 anos 4= 30-34 anos 5= 35-39 anos 6= 40-44 anos 7= 45-49 anos 8= 50-54 anos **
Estado Civil	Estado civil da grávida no momento do preenchimento dos questionários	Qualitativa	Nominal	Est_Civ	- Solteira - Comprometida - Casada/Em união de facto - Divorciada/ Separada - Viúva	1=Solteira 2=Comprometida 3=Casada/Em união de facto 4=Divorciada/ Separada 5= Viúva
Nível de escolaridade	Grau de escolaridade completado pela grávida até à data do preenchimento dos questionários	Qualitativa	Ordinal	Niv_Esc	- Ensino básico - Ensino secundário - Bacharelato - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	1= Ensino básico 2= Ensino secundário 3= Bacharelato 4= Licenciatura 5= Mestrado 6= Doutoramento
Situação Profissional	Situação profissional da grávida no momento da entrevista para a selecção da amostra	Qualitativa	Nominal	Sit_Prof	- Estudante - Empregada - Empregada, mas de baixa médica - Desempregada	1=Estudante 2=Empregada 3=Empregada, mas de baixa médica 4=Desempregada
Número de filhos	Número de filhos que a grávida já tem no momento do preenchimento dos questionários	Quantitativa Discreta	De razões	N_filhos	0-..	## filhos
Frequência de Curso de Preparação para o parto	Frequência, presente ou passada, de um curso de preparação para o parto ou para a maternidade/parentalidade, por parte da grávida, no momento do preenchimento dos questionários	Qualitativa	Nominal	Freq_PP	Não Sim, recentemente Sim, na gestação anterior	0=Não 1=Sim, recentemente 2= Sim, na gestação anterior

* - Foi incluída uma variável secundária, com base na variável idade recolhida, para efeitos estatísticos

** - A categorização poderá sofrer alterações com o andamento da análise

Variáveis focais

Nome da variável	Definição da variável	Tipo da variável	Escala de medida	Designação	Gama de variação da variável	Codificação da variável (cada item)	Indicador de medida
Solidão (Anexo X)	Uma experiência desagradável que deriva de importantes deficiências na qualidade ou na quantidade das relações sociais do indivíduo (Peplau; Pelman, 1982).	Quantitativa; (com base no somatório de 18 itens)	Cada item: Ordinal Escala: Intervalar	Sol	Cada item permite a seguinte gama de valores: - Nunca - Raramente - Algumas vezes - Muitas vezes Gama de valores da escala: de 18 a 72.	1=Nunca 2=Raramente 3=Algumas vezes 4=Muitas vezes	Escala de Solidão da UCLA (Neto, 1989)
Satisfação com o suporte social (Anexo XI)	Avaliação do nível de satisfação com a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós (Sarason <i>et al.</i> , 1983 <i>cit. in</i> Ribeiro, 2002).	Quantitativa; (com base no somatório de 15 itens)	Cada item: Ordinal Escala: Intervalar	Sup_Soc	Cada item permite a seguinte gama de valores: - Concordo totalmente - Concordo na maior parte - Não concordo nem discordo - Discordo na maior parte - Discordo totalmente Gama de valores da escala: de 15 a 75.	1=Concordo totalmente 2=Concordo na maior parte 3=Não concordo nem discordo 4=Discordo na maior parte 5=Discordo totalmente	Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Ribeiro, 2002)
Satisfação conjugal (Anexo XII)	Avaliação pessoal e subjectiva da conjugalidade, quer em relação ao amor, quer em relação ao funcionamento conjugal numa série de áreas do domínio da vida conjugal (Thompson, 1988 <i>cit. in</i> Narciso; Costa, 1996).	Quantitativa; (com base no somatório de 44 itens)	Cada item: Ordinal Escala: Intervalar	Sat_Conj	Cada item permite a seguinte gama de valores: - Nada satisfeita - Pouco satisfeita - Razoavelmente satisfeita - Satisfeita - Muito satisfeita - Completamente satisfeita Gama de valores da escala: de 44 a 264.	1=Nada satisfeita 2=Pouco satisfeita 3=Razoavelmente satisfeita 4=Satisfeita 5=Muito satisfeita 6=Completamente satisfeita	Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) (Narciso; Costa, 1996)
Ligação materno-fetal (Anexo XIII)	Os comportamentos que representam a ligação e interação com o seu filho ainda por nascer (Cranley, 1981)	Quantitativa; (com base no somatório de 24 itens)	Cada item: Ordinal Escala: Intervalar	Lig_mf	Cada item permite a seguinte gama de valores: - Sim, sem dúvida - Sim - Não tenho a certeza - Não - Não, sem dúvida Gama de valores da escala: 24 a 120.	1=Sim, sem dúvida 2=Sim 3=Não tenho a certeza 4=Não 5=Não, sem dúvida	Escala de Ligação Materno-Fetal (MFAS) (Mendes, 2002)
Sentido de Coerência (Anexo XIV)	Sentimento de confiança de que: (1) os estímulos emitidos pelo ambiente interno e externo são estruturados, previsíveis, e explicáveis; (2) estão disponíveis recursos para fazer frente às exigências impostas por estes estímulos; e (3) estas exigências são desafios merecedores de investimento e comprometimento (Antonovsky, 1987).	Quantitativa; (com base no somatório de 29 itens)	Cada item: Ordinal Escala: Intervalar	SOC	Cada item permite uma gama de valores que vão de 1 a 7. Gama de valores da escala: de 29 a 203.	1-7	Escala de Orientação para Viver (OLQ) (Nunes, 1999)
Sintomatologia depressiva (Anexo XV)	Intensidade de sintomatologia depressiva nos últimos sete dias (Augusto <i>et al.</i> , 1996)	Quantitativa; (com base no somatório de 10 itens)	Cada item: Ordinal Escala: Intervalar	Dep	Cada item permite uma gama de valores variável. Gama de valores da escala: de 0 a 30.	0-3	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS) (Augusto <i>et al.</i> , 1996)

Anexo IV. Requerimento dirigido ao Director Executivo do Centro de Saúde de Torres Vedras

Exmo. Senhor Dr., Director Executivo do Centro de Saúde de Torres Vedras,

Chamo-me Maria Teresa Mascarenhas Pinto, sou psicóloga a exercer funções no Serviço de Psicologia do Centro de Saúde de Torres Vedras, e efectuo o Mestrado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública.

No âmbito do Mestrado, pretendo realizar uma dissertação sobre: “A solidão na gravidez”, cuja finalidade consiste num estudo exploratório, transversal e de natureza quantitativa, sobre os determinantes da solidão e os seus efeitos na ligação materno-fetal. Com este projecto pretendo tornar esta questão socialmente mais visível e objecto de interesse, bem como permitir uma intervenção precoce mais adequada junto das grávidas em risco.

Neste sentido, venho solicitar a V. Exa autorização para a aplicação de instrumentos de recolha de dados junto das grávidas que recorrem à consulta de Saúde Materna do Centro de Saúde de Torres Vedras. A recolha de dados consiste, numa primeira fase, numa breve entrevista para seleccionar a amostra em estudo e, numa segunda fase, na entrega às grávidas seleccionadas, de um envelope, pronto a ser enviado pelo correio, contendo um conjunto de questionários auto-administrados (juntos em anexo).

A recolha de dados, entrevistas e questionários, será efectuada durante um período de, aproximadamente, três meses (Março, Abril e Maio), tendo em conta as deslocações às diversas extensões de saúde do Centro de Saúde de Torres Vedras, a disponibilidade das grávidas e a forma de obter um número suficiente de casos (cerca de 202 grávidas).

Comprometo-me a respeitar o sigilo de todos os dados e a enviar-lhe os resultados da pesquisa.

Fico ao seu inteiro dispor se precisar de informações adicionais ou se desejar um contacto pessoal.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, despeço-me com os melhores cumprimentos.

Maria Teresa Mascarenhas Pinto

E-mail: mt.pinto@ensp.unl.pt

Tel.: 964580821

Anexo V. Checklist para a entrevista de selecção da amostra

CONFIDENCIAL

	SELECCIONADA		NÃO SELECCIONADA		Observações
Idade	≥18 anos	<input type="checkbox"/>	<18 anos	<input type="checkbox"/>	
Grau de escolaridade	≥ 9º ano	<input type="checkbox"/>	< 9º ano	<input type="checkbox"/>	
Tempo de gravidez	≥6 meses	<input type="checkbox"/>	< 6 meses	<input type="checkbox"/>	
Patologia materna²	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	
Patologia fetal³	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	
Consumo de substâncias ilícitas	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	
Psicose⁴	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	
SELECÇÃO	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	

Nome da utente:

Número atribuído:

² “O médico que a acompanha identificou alguma patologia materna?”

³ “O médico que a acompanha identificou alguma patologia no bebé?”

⁴ “Está a ser seguida em psiquiatria? Por que motivo?”

Anexo VI. Pedido de colaboração da grávida seleccionada para a amostra e instruções iniciais do protocolo para a recolha de dados

Cara futura Mamã,

Venho solicitar a sua colaboração para o meu trabalho de investigação intitulado “A solidão na gravidez: determinantes da solidão e seu impacto na ligação materno-fetal”, no âmbito do Mestrado em Saúde Pública 2009/2011 da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Considerando preciosa a sua disponibilidade, procurei simplificar e clarificar ao máximo o material que contém este envelope. A sua participação é **voluntária** e pode desistir a qualquer momento. Caso decida colaborar, responda, por favor, a **todas as questões** que lhe forem solicitadas. É importante que não deixe nenhuma pergunta em branco.

Neste envelope encontra um conjunto de questionários com instruções claras e precisas. Peço-lhe que os preencha sozinha e com a maior sinceridade. Uma vez terminado, feche, por favor, o envelope, de modo a garantir a confidencialidade dos resultados, e coloque-o no correio mais próximo.

Quero assegurar-lhe, mais uma vez, que todos os dados são confidenciais e todas as respostas e seus resultados servirão única e directamente para objectivos científicos.

Disponibilizo-me, desde já, para lhe prestar esclarecimentos adicionais.

Muito obrigada pela sua preciosa participação.

Maria Teresa Mascarenhas Pinto

E-mail: mt.pinto@ensp.unl.pt

Tel.: 964580821

Anexo VII. Cronograma da investigação

	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Junho	Julho	Agost.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão da literatura												
Pedidos de autorização												
Teste piloto												
Recolha dos dados												
Tratamento dos dados												
Interpretação dos resultados												
Redacção do projecto final												
Revisão												
Pedidos de autorização para divulgação dos dados												

Anexo VIII. Orçamento da investigação

Fases	Tarefas	Recursos Necessários	Custo (euros)
Planeamento do projecto	Revisão da literatura Redacção do protocolo de projecto	- Computador com programa Word (existente na ENSP)	0 €
		- Internet com acesso a base de dados científicos (existente na ENSP e via VPN)	0 €
		- Deslocações a bibliotecas	30 €
		- Impressão (+- 50 folhas e encadernação)	10 €
Implementação do projecto (com estudo piloto) Despesas logísticas	Pedido de autorizações Protocolos e guião Deslocações Refeições	- Envelopes A4 (+- 220)	220 x 0,3=66 €
		- Selos (+- 220)	220 x 0,32=70,4 €
		- Folhas (14x202+202+20=+- 3050 =6 resmas de papel)	3.99 x 6 = 23.94 €
		- Caneta	3 €
		- Viatura própria ou transportes públicos	700 €
	- Tempo dispendido	1000 €	
Tratamento dos dados	Introdução dos dados, Análise estatística	- Computador com programa SPSS (existente na ENSP) e Impressora (existente na ENSP)	0 €
Redacção do relatório final		- Computador com programa Word e para gravar CD	0 €
		- Impressão (+-200 folhas e encadernação)	35 €
		- 4 CD	13 €
TOTAL			+ 1952 €

Anexo IX. Questionário para a recolha de dados sócio-demográficos

Dados Sócio-Demográficos

1. Idade: ____ anos		
2. Estado civil:		
Solteira	<input type="checkbox"/>	
Comprometida	<input type="checkbox"/>	
Casada/Em união de facto	<input type="checkbox"/>	
Divorciada/ Separada	<input type="checkbox"/>	
Viúva	<input type="checkbox"/>	
3. Nível de escolaridade completado:		
Ensino básico (9º ano/antigo 5º ano)	<input type="checkbox"/>	
Ensino secundário (12º ano/antigo 7ºano)	<input type="checkbox"/>	
Bacharelato	<input type="checkbox"/>	
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	
Mestrado	<input type="checkbox"/>	
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	
4. Situação profissional:		
Estudante	<input type="checkbox"/>	
Empregada	<input type="checkbox"/>	
Empregada, mas com baixa médica	<input type="checkbox"/>	
Desempregada	<input type="checkbox"/>	
5. Já tem filhos?		
Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Quantos: _____		
6. Possui uma relação conjugal?		
Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
7. Frequenta ou frequentou, um curso de preparação para o parto/maternidade?		
Não <input type="checkbox"/>	Sim, recentemente <input type="checkbox"/>	Sim, na gestação anterior <input type="checkbox"/>

Anexo X. A Escala de Solidão da UCLA

A Escala de Solidão da UCLA

(Russel; Peplau; Cutrona, 1980; adaptação portuguesa de Neto, 1989)

Por favor, leia cada uma das frases e, em seguida, coloque uma cruz na casa que indique melhor aquilo que pensa e sente.

Não existem respostas certas ou erradas.

Algumas das afirmações podem parecer iguais. Mas cada uma é diferente e deve ser classificada por si própria.

		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1	Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.				
2	Sinto falta de camaradagem.				
3	Não há ninguém a quem possa recorrer.				
4	Sinto que faço parte de um grupo de amigos.				
5	Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.				
6	Já não sinto mais intimidade com ninguém.				
7	Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.				
8	Sou uma pessoa voltada para fora.				
9	Há pessoas a quem me sinto chegada.				
10	Sinto-me excluída.				
11	Ninguém me conhece realmente bem.				
12	Sinto-me isolada dos outros.				
13	Consigo encontrar camaradagem quando quero.				
14	Há pessoas que me compreendem realmente.				
15	Sou infeliz por ser tão retraída.				
16	As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo.				
17	Há pessoas com quem consigo falar.				
18	Há pessoas a quem posso recorrer.				

Anexo XI. A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

(Ribeiro,1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações seguidas de cinco casas. Marque uma cruz na casa que melhor qualifica a sua forma de pensar relativamente à afirmação correspondente.

Por exemplo, na primeira afirmação, se pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá colocar uma cruz na casa intitulada “concordo totalmente”. Se acha que nunca pensa isso, deverá colocar na casa intitulada “discordo totalmente”.

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

Anexo XII. A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

ATENÇÃO: Este questionário só é preenchido pelas grávidas que possuem **uma relação conjugal**

A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

(Narciso; Costa, 1996)

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada expressão:

1- Nada satisfeita; 2- Pouco Satisfeita; 3- Razoavelmente Satisfeita; 4- Satisfeita; 5- Muito satisfeita; 6- Completamente Satisfeita

Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

Por exemplo, se em relação ao item 6, “Quantidade de tempos livres”, você se sente completamente satisfeita, deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

1. O modo como gerimos a nossa situação financeira	1	2	3	4	5	6
2. A distribuição de tarefas domésticas	1	2	3	4	5	6
3. O modo como tomamos decisões	1	2	3	4	5	6
4. A distribuição de responsabilidades	1	2	3	4	5	6
5. O modo como passamos os tempos livres	1	2	3	4	5	6
6. A quantidade de tempos livres	1	2	3	4	5	6
7. O modo como nos relacionamos com os amigos	1	2	3	4	5	6
8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
9. O modo como nos relacionamos com a minha família	1	2	3	4	5	6
10. A minha privacidade e autonomia	1	2	3	4	5	6
11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
12. A nossa relação com a minha profissão	1	2	3	4	5	6
13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
14. A frequência com que conversamos	1	2	3	4	5	6
15. O modo como conversamos	1	2	3	4	5	6
16. Os assuntos sobre os quais conversamos	1	2	3	4	5	6
17. A frequência dos conflitos que temos	1	2	3	4	5	6
18. O modo como resolvemos os conflitos	1	2	3	4	5	6
19. O que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
20. O que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	1	2	3	4	5	6
23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
25. A frequência com que temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
28. A qualidade das nossas relações sexuais	1	2	3	4	5	6
29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	1	2	3	4	5	6
31. A confiança que tenho no meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim	1	2	3	4	5	6
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
35. A partilha de interesses e actividades	1	2	3	4	5	6
36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	1	2	3	4	5	6
38. Os nossos projectos para o futuro	1	2	3	4	5	6
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
40. As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
41. O aspecto físico do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	1	2	3	4	5	6
43. As características e hábitos do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	1	2	3	4	5	6

Anexo XIII. Escala de Ligação Materno-fetal (MFAS)

Escala de Ligação Materno-Fetal - MFAS

(Cranley, 1981; adaptação portuguesa de Mendes, 2002)

Por favor responda aos itens seguintes sobre si própria e o bebé que espera. Não existem respostas certas ou erradas. Procure responder de acordo com a sua primeira impressão, por ser aquela que melhor reflecte os seus sentimentos. Assinale apenas uma resposta por cada item.

Costumo pensar ou fazer o seguinte:	Sim, sem dúvida	Sim	Não tenho a certeza	Não	Não, sem dúvida
1. Falo com o bebé que ainda não nasceu.					
2. Sinto que apesar de todos os incómodos da gravidez vale a pena estar grávida.					
3. Gosto de ver a minha barriga mexer quando o bebé dá pontapés.					
4. Imagino-me a alimentar o bebé.					
5. Mal consigo esperar para ver como é o bebé.					
6. Pergunto-me se o bebé se sentirá apertado dentro da minha barriga.					
7. Trato o meu bebé por um nome carinhoso.					
8. Imagino-me a tomar conta do bebé.					
9. Quase que consigo adivinhar a personalidade do meu bebé pela maneira como ele se mexe.					
10. Já decidi qual será o nome do bebé se for menina.					
11. Procuo manter hábitos saudáveis de vida que não manteria se não estivesse grávida.					
12. Pergunto-me se o bebé conseguirá ouvir dentro da minha barriga.					
13. Já decidi qual será o nome do bebé se for menino.					
14. Pergunto-me se o bebé já será capaz de pensar e sentir "coisas" dentro da minha barriga.					
15. Como carne e vegetais para que o meu bebé se alimente bem.					
16. Parece que o meu bebé se mexe com mais energia para me dizer que está na hora de comer.					
17. Empurro o meu bebé aguardando que ele me responda de forma diferente.					
18. Mal consigo esperar para pegar no bebé ao colo.					
19. Procuo imaginar como será o bebé.					
20. Faço festas na minha barriga para acalmar o bebé quando dá demasiados pontapés.					
21. Sou capaz de dizer quando o bebé está com soluços.					
22. Sinto que o meu corpo está feio.					
23. Desde que estou grávida deixei de fazer algumas "coisas" porque quero ajudar o meu bebé.					
24. Agarro o pé do meu bebé para o movimentar dentro da minha barriga.					

Anexo XIV. Escala de Orientação para Viver (OLQ)

Questionário orientação para viver (QOV)

(Antonovsky, 1987; adaptação portuguesa por Nunes, 1999).

Por favor, seleccione, com uma cruz (X) o número que expresse a sua resposta a cada uma das seguintes perguntas. Os números 1 e 7 são as respostas extremas. Se o texto que se encontra perto do nº 1 corresponde ao que pensa, seleccione-o. Se o texto que se encontra perto do nº 7 corresponde ao que pensa, seleccione-o. Se pensar diferentemente seleccione o número que melhor expresse os seus sentimentos. Dê por favor uma só resposta a cada pergunta.

1. Quando fala com outras pessoas, tem a impressão de que elas não a compreendem?

Nunca tenho essa impressão	1 2 3 4 5 6 7	Tenho sempre essa impressão
----------------------------	---------------	-----------------------------

2. No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas tinha o sentimento de que:

As coisas não iriam ser feitas	1 2 3 4 5 6 7	As coisas iriam ser feitas
--------------------------------	---------------	----------------------------

3. Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente?

Como pessoas estranhas	1 2 3 4 5 6 7	Como pessoas que conhece muito bem
------------------------	---------------	------------------------------------

4. Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?

Muito raramente não me interessa	1 2 3 4 5 6 7	Muito frequentemente não me interessa
----------------------------------	---------------	---------------------------------------

5. Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendida pelo comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?

Nunca aconteceu	1 2 3 4 5 6 7	Aconteceu sempre
-----------------	---------------	------------------

6. Já lhe aconteceu ter sido desapontada por pessoas com quem à partida contava?

Nunca aconteceu	1 2 3 4 5 6 7	Aconteceu sempre
-----------------	---------------	------------------

7. A vida é:

Cheia de interesse	1 2 3 4 5 6 7	Absolutamente rotineira
--------------------	---------------	-------------------------

8. Até hoje na vida:

Não consegui nem objectivos nem rumo próprio	1 2 3 4 5 6 7	Consegui objectivos e rumo próprio
--	---------------	------------------------------------

9. Tem o sentimento de que não é tratada com justiça?

Muito frequentemente	1 2 3 4 5 6 7	Raramente ou nunca
----------------------	---------------	--------------------

10. Nos últimos dez anos a sua vida tem sido:

Cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir	1 2 3 4 5 6 7	Completamente consistente e previsível
---	---------------	--

11. A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente:

Completamente fascinantes 1 2 3 4 5 6 7 Tremendamente aborrecidas

12. Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?

Acontece frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Nunca ou raramente acontece

13. Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida.

Consegue-se sempre encontrar uma solução para as situações difíceis da vida 1 2 3 4 5 6 7 Nunca há soluções para as situações difíceis da vida

14. Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente:

Sente quão bom é viver 1 2 3 4 5 6 7 Pergunta-se a si própria porque razão veio ao mundo

15. Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é:

Sempre confusa e difícil de encontrar 1 2 3 4 5 6 7 Sempre fácil e sem dúvidas

16. Aquilo que você faz diariamente é:

Uma fonte de profunda satisfação e prazer 1 2 3 4 5 6 7 Uma fonte de sofrimento e aborrecimento

17. A sua vida futura será provavelmente cheia de mudanças sem você:

Prever o que vem a seguir 1 2 3 4 5 6 7 Perfeitamente coerente e previsível

18. Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:

Afundar-se no problema 1 2 3 4 5 6 7 Dizer para si mesma: "Paciência, tudo se há-de resolver" e vamos em frente

19. Tem sentimentos e ideias muito confusos?

Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca.

20. Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação

Fica com a certeza de que essa satisfação vai perdurar 1 2 3 4 5 6 7 Fica com a certeza de que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação

21. Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria não ter

Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente

22. Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:

Não terá nem sentido nem objectivo próprio 1 2 3 4 5 6 7 Terá pleno sentido e objectivo próprio

23. Pensa que haverá sempre pessoas com quem você poderá vir a contar no futuro?

Estou certo que haverá 1 2 3 4 5 6 7 Duvido que haja

24. Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?

Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca

25. Muitas pessoas (mesmo as que têm forte carácter) por vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?

Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Muitas vezes

26. Quando teve de enfrentar algum problema, você geralmente acabou por verificar que:

Avaliou mal a importância do problema 1 2 3 4 5 6 7 Avaliou correctamente a importância do problema

27. Quando pensa nas dificuldades que tem para enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem a sensação de que:

Conseguirá ultrapassar as dificuldades 1 2 3 4 5 6 7 Não conseguirá ultrapassar as dificuldades

28. Com que frequência sente que as coisas que você faz na sua vida diária têm pouco sentido?

Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca

29. Com que frequência tem sentimentos de que duvida poder controlar?

Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca

Anexo XV. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPS)

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS)

(Cox; Holden; Sagovsky, 1987; adaptação portuguesa por Augusto *et al*, 1996).

Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas

- Tanto como dantes
- Menos do que dantes
- Muito menos do que dantes
- Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro

- Tanta como sempre tive
- Menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo

- Não, nunca
- Quase nunca
- Sim, por vezes
- Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente
- Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim

- Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las.
- Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
- Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal

- Sim, quase sempre
- Sim, por vezes
- Raramente
- Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes
- Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma

- Sim, muitas vezes
- Por vezes
- Muito raramente
- Nunca

