

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Sara Alexandra de Figueiredo Esteves

Determinantes do Ajustamento Conjugal da
Puerpera - Efeitos da Autoestima

Relatório Final

2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e
Ginecologia

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Manuela Ferreira
Professor Doutor João Carvalho Duarte



Janeiro de 2015

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Professora Doutora Manuela Ferreira e Professor Doutor João Duarte pela disponibilidade, orientação e todo o apoio ao longo desta investigação.

Em especial aos meus pais, por serem quem são e me ensinarem a lutar por tudo aquilo em que acredito.

À minha família por estarem sempre presentes e compreenderem a minha ausência.

Aos meus verdadeiros amigos por todo o apoio indispensável nos momentos de maior cansaço.

E a todos os que contribuíram de alguma forma para a realização deste sonho de criança.

Muito obrigada!

Resumo

Enquadramento: O puerpério é caracterizado por ser um período no qual a mulher vai vivenciar diferentes mudanças na sua vida quer a nível biológico, como psicológico e social.

Atualmente a qualidade do relacionamento conjugal é apontado como um fator preponderante para a saúde plena da mulher, no entanto com o nascimento de m filho a relação previamente existente entre os cônjuges também irá passar por uma fase de adaptações, existindo a necessidade de ajustamento no relacionamento conjugal.

Para o presente estudo, interessou principalmente avaliar em que medida a autoestima da puérpera influencia o ajustamento conjugal no puerpério. Foram ainda delineados os seguintes objetivos: identificar o nível de ajustamento conjugal da mulher durante o puerpério; identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam o ajustamento conjugal; analisar a relação entre as variáveis contextuais ao parto e o ajustamento conjugal da puérpera; analisar a relação entre as variáveis contextuais da amamentação e o ajustamento conjugal.

Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional e explicativo, no qual participaram 175 puérperas, com idade média de 31,21. O instrumento de colheita de dados inclui informação de modo a realizar a caracterização sociodemográfica, das variáveis contextuais ao parto e amamentação e ainda a Escala de Ajustamento Conjugal (DAS) e a Escala de autoestima de *Rosenberg*.

Resultados: A idade das puérperas estudadas oscilou entre os 17 e os 47 anos, estando 92,6% a coabitar com o companheiro e sendo maioritariamente, 49,7%, primíparas.

Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o ajustamento conjugal e o estado civil ($p=0,002$), as habilitações literárias ($p=0,005$), a situação laboral ($p=0,007$) e a existência de complicações inerentes à amamentação ($p=0,003$). Constatou-se que não havia correlações estatisticamente significativas entre a autoestima e o ajustamento conjugal.

Conclusões: Os resultados obtidos apontam para a necessidade dos planos de cuidados à puérpera considerar o ajustamento conjugal como uma variável de relevo no seu bem-estar, sendo de realçar a influência que as complicações relativas à amamentação têm nesse ajustamento.

Palavras-chave: Puerpério, autoestima, ajustamento conjugal, relacionamento conjugal.

Abstract

Introduction: The postpartum period is characterized as a period in which the woman will experience different changes in your life or the biological level, as psychological and social.

Currently the quality of the marital relationship is identified as an important factor for the full women's health, however with the birth of a child relationship existing between the spouses will also go through a phase of adaptation, there is a need of adjustment on relationship marital.

For the present study, interested primarily assess to what extent the self-esteem of postpartum influences marital adjustment postpartum. The following objectives were also outlined: identify the relationship adjustment level of women during the postpartum period; identify the sociodemographic variables that influence marital adjustment; analyze the relationship between contextual variables at birth and marital adjustment of postpartum; analyze the relationship between the contextual variables of breastfeeding and marital adjustment.

Methods: This is a quantitative, correlational and explanatory study, with the participation of 175 postpartum women with a mean age of 31.21. The data collection instrument includes information that allowed us to perform the sociodemographics characterization, and to identify the childbirth and breastfeeding contextual variables. It also includes the Marital Adjustment Scale (DAS) and the Rosenberg self-esteem Scale.

Results: The age of the study women ranged from 17 to 47 years, with 92.6% living together with a partner and being mostly, 49.7% primiparous.

It was found that there are statistically significant differences between marital adjustment and marital status ($p = 0.002$), educational attainment ($p = 0.005$), the employment situation ($p = 0.007$) and the existence of inherent complications of breastfeeding ($p = 0.003$). It was found that there were statistically significant correlations between self-esteem and marital adjustment.

Conclusions: The results point to the need for postpartum care plans to consider marital adjustment as a relevant variable in their welfare, and to highlight the influence that complications related to breastfeeding have this adjustment.

Keywords: Puerperium, self-esteem, marital adjustment, marital relationship

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	21
1. O Ciclo Gravídico- Puerperal	27
1.1. O PUERPÉRIO.....	28
2. A autoestima da puérpera.....	33
3. O relacionamento Conjugal no Puerpério	37
4. Métodos e participantes.....	43
4.1. Métodos.....	43
4.2. Participantes.....	45
4.3. Instrumento de Colheita de Dados.....	48
4.3.1. Escala de Ajustamento Conjugal (DAS).....	49
4.3.2. Escala de Autoestima de Rosenberg	53
4.4. Critérios de operacionalização de variáveis	53
5.5 PROCEDIMENTOS NA SELEÇÃO E COLHEITA DE DADOS	57
5.6 Análise dos dados.....	57
5. RESULTADOS	59
5.1. Análise Descritiva	59
5.1.1. Caracterização da amostra segundo as variáveis, contextuais ao parto	59
5.1.2. Caracterização da amostra segundo as variáveis, contextuais à amamentação 61	
5.1.3. Caracterização da amostra quanto ao Ajustamento Conjugal no Puerpério ...	62
5.1.4. Caracterização da amostra relativamente à autoestima	64
5.2. Análise Inferencial	66
6. DISCUSSÃO	85
6.1. Discussão metodológica	85
6.2. Discussão dos resultados	85
7. CONCLUSÃO	99

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXOS.....	109
ANEXO I - Instrumento de Recolha de Dados.....	111
ANEXO II - Autorização para utilização da Escala de Ajustamento Conjugal (DAS).....	121
ANEXO III - Parecer da Comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.....	125
ANEXO IV - Pedido de autorização da direção executiva do ACES Dão Lafões.....	133

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Estatísticas da idade das puérperas	45
QUADRO 2 - Idade das puérperas, por grupo etário	46
QUADRO 3 - Estatísticas de contexto sociodemográfico em função da idade da puérpera.	47
QUADRO 4 - Consistência interna da escala de ajustamento conjugal	50
QUADRO 5 - Fatores identificados na análise fatorial	51
QUADRO 6 - Composição de cada fator da escala (4 fatores)	52
QUADRO 7 - Operacionalização das variáveis de contexto sociodemográfico	54
QUADRO 8 - Operacionalização das variáveis contextuais ao parto	55
QUADRO 9 - Operacionalização das variáveis contextuais à amamentação.....	56
QUADRO 10 - Estatísticas contextuais ao parto.....	61
QUADRO 11 - Variáveis contextuais à amamentação.....	62

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Estatística descritiva da duração do trabalho de parto em função da idade das puérperas	60
TABELA 2 - Estatísticas da escala de ajustamento conjugal.....	63
TABELA 3 - Estatísticas das diferentes dimensões da escala de ajustamento conjugal em função da idade das puérperas.....	64
TABELA 4 - Estatísticas da autoestima em função da idade das puérperas	65
TABELA 5 - Teste U de Mann Whitney: associação entre os grupos etários e o ajustamento conjugal da puérpera	66
TABELA 6 - Teste U de Mann Whitney: associação entre os grupos do estado civil e o ajustamento conjugal da puérpera.....	67
TABELA 7 - Teste de Kruskall Wallis: associação entre as habilitações literárias e o ajustamento conjugal da puérpera.....	67
TABELA 8 - Teste U de Mann Whitney: associação entre a situação laboral das puérperas e o ajustamento conjugal.....	68
TABELA 9- Teste <i>t</i> de Student: associação entre a zona de residência e o ajustamento conjugal.....	69
TABELA 10 - Teste de Kruskall Wallis: associação entre o número de partos de termo e o ajustamento conjugal.....	69
TABELA 11 - Teste U de Mann Whitney: associação entre a existência de partos pré termo e o ajustamento conjugal da puérpera.....	70
TABELA 12 - Teste U de Mann Whitney: associação entre o número de abortos e o ajustamento conjugal.....	71
TABELA 13 - Teste <i>t</i> de Student: associação entre o número de filhos e o ajustamento conjugal.....	71
TABELA 14 - Teste U de Mann Whitney: associação entre os antecedentes obstétricos anómalos e o ajustamento conjugal.....	72
TABELA 15 - Teste U de Mann Whitney: associação entre a classificação da gravidez atual e o ajustamento conjugal.....	73

TABELA 16 - Teste <i>t</i> de Student: associação entre o tipo de parto e o ajustamento conjugal	73
TABELA 17 - Teste U de Mann Whitney: associação entre a duração do trabalho de parto e o ajustamento conjugal	74
TABELA 18 - Teste U de Mann Whitney: associação entre a experiência com o trabalho de parto e o ajustamento conjugal	74
TABELA 19 - Teste <i>t</i> de Student: associação entre o sexo do recém – nascido e o ajustamento conjugal	75
TABELA 20 - Teste de Kruskall Wallis: associação entre o tipo de aleitamento e o ajustamento conjugal	76
TABELA 21 - Teste U de Mann Whitney: associação entre as complicações com a amamentação e o ajustamento conjugal.....	76
TABELA 22 - Teste U de Mann Whitney: associação entre o tipo de complicações com a amamentação e o ajustamento conjugal.....	77
TABELA 23 - Correlação de Pearson entre a idade, autoestima e o consenso no ajustamento conjugal, no puerpério	78
TABELA 24 - Regressão linear múltipla entre a autoestima positiva, autoestima negativa, idade e o consenso no ajustamento conjugal.....	78
TABELA 25 - Correlação de Pearson entre a idade, autoestima e a satisfação no ajustamento conjugal, no puerpério	79
TABELA 26 - Regressão linear múltipla entre a autoestima positiva, autoestima negativa, idade e a satisfação no ajustamento conjugal.....	79
TABELA 27 - Correlação de Pearson entre a idade, autoestima e a coesão no ajustamento conjugal, no puerpério	80
TABELA 28 - Regressão linear múltipla entre a autoestima positiva, autoestima negativa, idade e a coesão no ajustamento conjugal	80
TABELA 29 - Correlação de Pearson entre a idade, autoestima e a expressão de afetos no ajustamento conjugal, no puerpério	81
TABELA 30 - Regressão linear múltipla entre a autoestima positiva, autoestima negativa, idade e a expressão de afetos no ajustamento conjugal.....	82
TABELA 31 - Correlação de Pearson entre a idade, autoestima e o ajustamento conjugal, no puerpério	82

TABELA 32 - Regressão linear múltipla entre a autoestima positiva, autoestima negativa, idade e o ajustamento conjugal	83
---	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Esquema concetual de base	44
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

Cf. – Conforme

cv – Coeficiente de variação

dp – Desvio padrão

E.P. – Erro padrão

et al. – Entre outros

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España

IBM – International Business Machines

K – Kurtosis

KW – Kruskal - Wallis

Min. – Mínimo

Máx. – Máximo

OM – Ordenação média

p – significância

r – correlação

r^2 – coeficiente de determinação

SK – Skwness / Assimetria

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

USF – Unidade de Saúde Familiar

\bar{X} – Média

X^2 - Qui – quadrado

% - Percentagem

INTRODUÇÃO

A crença que ser mãe faz parte da natureza da mulher existe desde os tempos remotos, tornando a maternidade intrinsecamente vinculada à identidade feminina. No entanto desde a década de 1970 a maternidade passa a ser concebida como uma escolha individual, que faz parte dos projetos pessoais, vinculada à realização profissional, à independência e ao livre exercício da sua sexualidade (Souza e Ferreira, 2005).

Atualmente a mulher pode ter a opção de decidir se quer ser mãe e quando, no entanto esta decisão não a prepara para as mudanças que a sua vida irá experimentar após o nascimento de um filho. Deste modo, o puerpério é reconhecido com um período de profundas modificações biopsicossociais, no qual existe uma constante negociação entre a construção da identidade materna, a satisfação e a intimidade feminina (Barros, 2009). Segundo Bortoletti, Moron e Nacamura (2007), as modificações vivenciadas pela mulher poderão alterar significativamente a sua autoestima, o que levará ao seu desequilíbrio emocional e consequentemente alterar o modo como esta se relaciona com outros, em especial com o seu companheiro.

O nascimento de um bebê é um momento especial que deve ser vivenciado a dois, sendo o ciclo gravídico puerperal reconhecido como uma fase que desencadeia significativas alterações emocionais não só na mulher como também no homem, devendo o profissional de saúde prezar pelo desenvolvimento sadio de ambos (Bortoletti, Moron & Macamura, 2007).

A satisfação conjugal é considerada como um fator privilegiado para o bem-estar e a felicidade do ser humano, sendo a qualidade da relação conjugal identificada como uma determinante para a saúde mental da puérpera e do seu companheiro (Mendes, 2009).

Segundo Lopes (2009), a vivência plena da conjugalidade é reconhecida como um fator determinante para a forma como o casal gere a transição para a parentalidade, podendo as alterações que surgem numa família após o nascimento de um filho dar origem ao declínio da satisfação conjugal. Por outro lado Mendes (2009) defende que este acontecimento pode constituir uma pedra de consolidação do projeto de vida a dois, resultando numa maior união do casal.

Face ao exposto, formularam-se as seguintes questões de partida, fio condutores deste trabalho: qual o ajustamento conjugal apresentado pela puérpera, 4

a 6 semanas após o parto?; Que variáveis sociodemográficas influenciam o ajustamento conjugal no período no puerpério?; Qual a relação entre as variáveis contextuais ao parto e o ajustamento conjugal da puérpera?; Qual a influência das variáveis contextuais à amamentação no ajustamento conjugal da puérpera?; Qual a influência da autoestima da puérpera no ajustamento conjugal?

A partir destas questões de investigação delinearam-se os seguintes objetivos para o estudo efetuado: identificar o nível de ajustamento conjugal da mulher durante o puerpério; identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam o ajustamento conjugal; analisar a relação entre as variáveis contextuais ao parto e o ajustamento conjugal da puérpera; analisar a relação entre as variáveis contextuais da amamentação e o ajustamento conjugal; avaliar como a autoestima da puérpera influencia o ajustamento conjugal no puerpério.

Em suma, pretende-se estudar a influência dos diferentes fatores no ajustamento conjugal da puérpera e a relação deste com a autoestima apresentada entre as 4 e as 6 semanas após o parto. Para tal realizou-se um estudo não experimental, de características quantitativas, correlacional e explicativo.

A amostra é constituída por 175 participantes que demonstraram disponibilidade no momento da colheita de dados, tendo participado de livre vontade.

Para a recolha de dados aplicou-se um questionário referente às características sociodemográficas, obstétricas, caracterização do parto e amamentação. Numa segunda parte recorreu-se ao estudo psicométrico da Escala de Autoestima de *Rosenberg* e da Escala de Relacionamento Conjugal (DAS).

De modo a obter uma melhor compreensão do presente trabalho este apresenta-se estruturado em duas partes, sendo elas o enquadramento teórico e o estudo empírico.

Na primeira parte é realizada uma breve abordagem ao ciclo gravídico – puerperal, dando especial ênfase à fase do puerpério e às alterações vivenciadas pela mulher nesta fase da sua vida, seguidamente será feita uma revisão do conceito de autoestima e por fim uma análise sobre o relacionamento conjugal e as transformações a que este poderá estar sujeito após o nascimento de um filho.

A segunda parte é constituída pelos conteúdos inerentes ao estudo empírico, nomeadamente os participantes e métodos, a apresentação dos resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Primeiramente são apresentados os métodos de investigação, a caracterização da amostra estudada, os procedimentos utilizados e especificados os testes estatísticos aplicados para a análise dos dados. Relativamente

aos resultados é efetuada uma análise descritiva e inferencial da amostra, de modo a estabelecer relações entre as diferentes variáveis e realizada a discussão dos resultados, com uma breve análise das limitações metodológicas do presente estudo.

São ainda apresentadas as conclusões mais relevantes obtidas com a investigação e sugestões temáticas para futuras investigações na área.

O presente estudo foi desenvolvido na expectativa de contribuir para o conhecimento do processo de ajustamento conjugal no período do puerpério, uma vez que este é um fator fundamental para a plena saúde da mulher.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O CICLO GRAVÍDICO- PUERPERAL

A gravidez, o parto e o pós parto representam períodos de transição no ciclo vital da mulher, onde se podem verificar importantes alterações biofísicas, estados de desequilíbrio, necessidades constantes de adaptação e reajustamentos pessoais marcados por uma reconstrução da identidade feminina e uma reordenação das suas relações interpessoais (Mendes,2009).

Segundo Leal (2005), a gravidez é considerada um momento único da vida da mulher, onde existe um investimento maciço no seu próprio corpo, sendo sempre de forma consciente ou inconsciente a confirmação da sua identidade sexual. Assim, segundo Nogueira, Lopes e Galvão (2004), podemos definir gravidez como o período temporal que decorre desde a concepção até ao parto, tendo este cerca de 40 semanas, sendo um processo caracterizado por alterações biológicas, fisiológicas e adaptativas ao desenvolvimento de um novo ser, acompanhadas por variadas vivências psicológicas.

FAME, em 2009 determina o fim da gravidez com o parto em si, definindo-o como um processo fisiológico único, de início espontâneo, evolução sem complicações, que culmina com o nascimento, estando neste processo implicados fatores psicológicos e socioculturais. Por outro lado Mendes da Graça (2006), caracteriza o início do trabalho de parto como sendo um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, progressão do feto pelo canal de parto e a sua expulsão para o exterior estando este dividido em três diferentes estádios: a dilatação, o período expulsivo e a dequitação.

O trabalho de parto é considerado normal quando uma mulher se encontra no fim da gravidez, sem existirem complicações, havendo apenas um feto com apresentação de vértice e nunca ultrapassando a duração de 18 horas. Este é constituído por quatro estádios: o primeiro, a *dilatação*, inicia-se com as primeiras contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino, seguido pelo *período expulsivo* que decorre entre a dilatação completa e o nascimento do feto. O terceiro estádio, a *dequitação*, acontece entre o nascimento e a expulsão da placenta e por fim o quarto, o *pós parto imediato*, dura cerca de duas horas após a dequitação, sendo caracterizado por ser um período de recuperação imediata onde a hemóstase é restabelecida (Lowdermilk e Perry, 2006).

Após os estádios anteriormente referidos a mulher entra no período do puerpério. A definição deste período revela-se algo controversa, não havendo

consenso relativamente a vários fatores em especial quanto à sua duração cronológica. Tendo em mente as palavras de Shorge e Norwitz (2001) podemos definir puerpério como o período decorrente desde o nascimento até ao retorno dos órgãos reprodutores femininos ao seu estado não gravídico, tendo uma duração de seis a oito semanas, podendo ainda ser denominado como quarto trimestre da gravidez. Em contrapartida Fraser e Cooper (2010), defendem que o período do puerpério começa imediatamente depois da dequitação da placenta e membranas, continuando por seis semanas, entrando a mãe num período de recuperação física e psicológica.

Barros (2009) divide o período do puerpério em três fases distintas: o *puerpério imediato*, que ocorre nas primeiras duas horas pós a dequitação, o *puerpério mediato*, que tem início no final do puerpério imediato até ao 10º dia, e o *puerpério tardio* que medeia o período entre o 11º dia de pós parto até o reinício dos ciclos menstruais na mulher que não amamenta e no caso das mulheres lactantes até à 6ª/8ª semana.

Deste modo, o puerpério caracteriza-se como uma fase de grandes mudanças, com alterações do balanço hormonal, cansaço, desconforto físico e com inúmeros estados de desequilíbrio, tornando-se necessários sucessivos reajustamentos psicológicos inerentes ao estabelecimento da lactação e ao estabelecimento e adaptação psicológica ao novo papel de mãe. (Amorim, 2010).

A este respeito Conceição (2009) afirma que o puerpério é uma fase de intensas mudanças biopsicossociais na vida feminina, onde se podem verificar constantemente o desconforto físico materno, a dificuldade em satisfazer as necessidades de sono - repouso, a ansiedade, a insegurança, o medo, os momentos de tristeza entre outros variados sentimentos e situações.

Considerando a mulher como um ser único, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo, seguidamente faremos uma breve análise às alterações vivenciadas durante o puerpério, não esquecendo que para promover a sua saúde, o profissional de Enfermagem deve ter sempre em mente a necessidade de existir um equilíbrio entre o ser humano e o ambiente que o rodeia (Kérouac, Pepin, Duquette e Major, 1996).

1.1. O PUERPÉRIO

De acordo com Branden (2000) as primeiras mudanças inerentes à maternidade verificam-se a nível biológico, o corpo da mulher vai mudando progressivamente durante a gravidez mas após o nascimento ocorre uma mudança

abrupta da imagem corporal. A corroborar esta realidade Lowdermilk e Perry (2006), referem que as principais alterações físicas no puerpério decorrem a nível do sistema reprodutor, endócrino, urinário, gastrointestinal, cardiovascular, músculo-esquelético, tegumentar e nervoso.

Segundo os mesmos autores relativamente ao sistema reprodutor destaca-se a involução uterina que se inicia após a dequitação através do retorno do útero ao seu estado não gravídico e o aparecimento de perdas hemáticas, conhecidas como os lóquios, que vão variando as suas características entre hemáticos, sero-hemáticos e serosos ao longo do puerpério, desaparecendo por volta da terceira semana do pós parto.

O colo uterino após o parto é mole e nas 18h posteriores retoma a sua forma embora permaneça edemaciado, fino e frágil por vários dias. Este nunca mais volta a readquirir a sua aparência pré – gestacional, deixando o orifício externo de ter o formato circular e passa a ter uma aparência descrita como uma boca de peixe (Alves, 2008).

A nível vaginal após o parto pode-se observar que as suas paredes se encontram muito distendidas e lisas, recuperando o seu estado não gravídico com o retorno da função ovárica que ocorre após quatro semanas, ao mesmo tempo existe uma diminuição da lubrificação vaginal, devido aos baixos níveis de estrogénios (Mendes, 2009).

Durante o período pós parto o sistema endócrino sofre alterações significativas logo após a expulsão da placenta, havendo uma queda acentuada da produção de hormonas, nomeadamente dos níveis de estrogénio e de progesterona atingindo o seu valor mínimo na primeira semana do puerpério. Contrariamente a prolactina aumenta progressivamente durante a gravidez, permanecendo os seus níveis elevados, nas mulheres que amamentam até à sexta semana do pós parto (Alves, 2008). Após a dequitação existe ainda uma queda drástica da produção da enzima placentária insulínase, havendo uma reversão dos efeitos diabetogénicos da gravidez e a uma redução dos níveis glicémicos durante o puerpério imediato (Conceição, 2009).

Segundo Branden (2000) a redução do estrogénio verificado nesta fase vai provocar uma redução da função renal da mulher, que apenas será retomada após 4 semanas. Pode verificar-se uma tendência para a retenção urinária nos primeiros 7 dias após o parto por a bexiga ter uma capacidade aumentada e ser menos sensível ao aumento da pressão intravesical.

Apesar de o útero diminuir o seu volume possibilitando os órgãos do sistema gastrointestinal retomarem o seu estado normal, verifica-se ainda uma grande prevalência de obstipação e hemorroidas nas puérperas. Isto é justificado pela dor perineal, pelo relaxamento da musculatura abdominal, a menor ingestão alimentar e pela diminuição da motilidade gastrointestinal, associada à analgesia utilizada durante o parto e puerpério. Sendo estas complicações ultrapassadas de forma natural segundo Amorim (2010), alguns dias após o parto.

As alterações verificadas a nível do sistema cardiovascular no puerpério podem estar relacionadas com o tipo de parto, uma vez que este pode determinar a quantidade de sangue perdido. No entanto durante este período o volume sanguíneo permanece elevado, comparativamente com as mulheres não grávidas, devendo ser normalizado durante as primeiras seis semanas. Após o parto é frequente a puérpera apresentar hipotensões podendo verificar-se também a descompressão da veia cava pela diminuição do tamanho do útero (Barros, 2009).

Relativamente ao sistema músculo-esquelético a mulher durante a gravidez apresenta uma distensão da parede abdominal associada à diminuição do tónus muscular, sendo a sua recuperação progressiva nas três semanas após o parto. A nível das articulações verifica-se que a sua estabilização decorre apenas cerca de 6 a 8 semanas pós parto, no entanto as dos pés não voltam ao seu estado normal, podendo a mulher ter um aumento do tamanho do calçado (Lowdermilk e Pery, 2006).

Quanto ao sistema tegumentar durante o puerpério verifica-se uma regressão lenta da hiperpigmentação característica da gravidez, uma diminuição da elasticidade e da tonicidade da pele e as estrias existentes vão deixar de ter uma cor violácea para apresentar uma tonalidade esbranquiçada (Barros, 2009). A nível mamário as mamas tornam-se mais cheias e pesadas entre as 72 e as 96 horas após o parto (Lowdermilk e Perry, 2006). Durante o puerpério as unhas retornam à sua consistência e dureza anterior ao período gravídico e pode ainda existir uma significativa queda de cabelo, crescendo este devagar, situação que será apenas restabelecida 6 a 9 meses após o parto (Conceição, 2009).

Por último a nível do sistema neurológico há uma diminuição das cefaleias de tensão que se observam durante a gravidez. Ocorre também a diminuição das parestesias sentidas a nível das mãos devido à compressão do nervo mediano do punho pelos tecidos edemaciados. Estas acontecem após a redução dos edemas verificados nos primeiros dias do pós parto (Branden, 2000).

A maternidade é um acontecimento que exige à mulher um enorme esforço de adaptação. Esta está associada ao aumento da sua sensibilidade existindo assim a necessidade de haver um ajustamento psicológico na autoimagem e nas relações familiares, transformando o puerpério num período de grande vulnerabilidade. (Alves, 2008). Este pode ainda ser caracterizado como um acontecimento único, onde ser mãe irá implicar com a sua personalidade, a sua história de vida e o romance do casal (Leal, 2005).

Segundo Saraiva e Coutinho (2008) o puerpério é um grande processo de mudança, que deverá ser aceite pela puérpera de modo a resolver todos os medos e dúvidas patentes a este período. No entanto existem sinais indicadores de perturbações e crise psicológica, sendo os mais frequentes os impulsos, a instabilidade emocional, maior irritabilidade, vontade de chorar, apreensão, medo, alegria e excitação. Caso estas não sejam resolvidas podem levar a problemas de desenvolvimento e perturbações na saúde mental da mulher.

Após o nascimento de um filho a mulher sofre um choque emocional e psicológico vivenciando um turbilhão de sentimentos que passam pela felicidade intensa, o orgulho de ter dado à luz um bebé e por vezes de tristeza e angústia difusa. Sendo os dias que se seguem ao parto momentos de hipersensibilidade e fragilidade, podendo a mulher sentir um abandono profundo mesmo quando está acompanhada por familiares (Leal, 2005)

Seguindo o pensamento de Prata (2009), entre o terceiro e o quarto dia do pós parto a maioria das mulheres sente um mau estar psicológico, podendo exaltar energia e alegria extrema como de um momento para o outro chorar aparentemente sem motivo, exprimir ansiedade e tensão chegando mesmo à irritabilidade e ser hostil para com os outros. Este desequilíbrio emocional é considerado uma consequência específica do parto sendo esta reversível, embora nas mulheres com vulnerabilidade psicopatológica previa seja considerada uma perturbação psicológica puerperal.

Perante as palavras de Canavarro (2001) podemos verificar que para a mulher vivenciar uma maternidade de forma plena deve encontrar um ponto de equilíbrio entre as suas necessidades e as do recém-nascido. Embora, numa fase inicial possa ser uma tarefa difícil, frustrante, angustiante e desencadeadora de uma enorme ansiedade.

Nesta fase da sua vida a mulher passa por um enorme período de adaptação tendo de enfrentar o “mito da maternidade feliz”, sentindo-se impedida de demonstrar qualquer tipo de insatisfação ou sentimentos de ambivalência, preocupações e

tristezas, vivendo esses sentimentos secretamente com o medo de ser julgada como uma “má mãe” (Santana, 2007).

Um estudo realizado por Amorim (2010) destaca três formas de perturbações psicológicas no puerpério, o Blues pós – parto, vulgarmente conhecida por tristeza pós parto, a Perturbação depressiva major e a psicose puerperal. Estes podem ser desencadeados por vários fatores sendo os mais frequentes os fatores biológicos, especialmente neuroendócrinos, os antecedentes pessoais e familiares de doença psiquiátrica, a falta de suporte familiar e social, a desarmonia conjugal, uma gravidez não planeada, mães adolescentes ou com idades mais avançadas, parto prematuro e morte perinatal do bebé.

Rosenberg (2007) relembra-nos ainda que o *blues* pós parto, é caracterizado por ser um transtorno de labilidade transitória, que pode ocorrer em cerca de 50 a 70% das puérperas nos primeiros 10 dias, atingindo o seu pico ao quinto dia e é observado em todas as classes sociais e culturais. Por sua vez a depressão pós parto apresenta uma incidência de 10%, podendo ocorrer entre as 6 semanas e o primeiro ano, surgindo sintomas como perda de sono, anorexia, fadiga, labilidade emocional, sentimentos de culpa e medo de não ser capaz de cuidar do seu filho. Por fim a psicose puerperal é considerado o quadro mais grave das alterações psicológicas da puérpera, ocorrendo 1-2 em cada 1000 mulheres, podendo surgir desde o terceiro dia até ao fim do primeiro mês de puerpério, manifestando comportamentos que vão desde um quadro de depressão psicótica até a um quadro de mania esquizofreniforme.

Face aos constantes estados de desequilíbrio que a mulher vivencia durante esta fase, a forma como ela se autoavalia pode ser alterada. Assim sendo, no seguinte capítulo será abordado o tema da autoestima tal como a importância que esta representa para a manutenção do seu bem-estar.

2. A AUTOESTIMA DA PUÉRPERA

Os humanos são seres biopsicossociais e com uma dimensão cultural, sendo desta interação que resulta o comportamento gerador de bem-estar e qualidade de vida, quando as suas inúmeras necessidades se encontram satisfeitas. Assim, podemos considerar que autoestima é primariamente uma resposta afetiva, onde os afetos são simultaneamente causa e consequência das alterações verificadas na autoestima (Prata, 2009).

Segundo Serra (2011) a autoestima está relacionado com os aspetos avaliativos que uma pessoa elabora a seu próprio respeito, na qual intervêm três processos: a avaliação refletida, a comparação social e a autoatribuição.

Por sua vez Robinson, Shaver e Wrightsman (1991) defendem que autoestima diz respeito à avaliação positiva ou negativa que o individuo faz de si mesmo, constituindo um aspeto essencial do “eu” que irá desempenhar um papel fundamental na construção da identidade adulta. No entanto para Souza e Ferreira (2005) esta é uma consequência da identidade pessoal, conjugando as autoavaliações sobre os atributos e habilidades individuais manifestos nos domínios interpessoal e privado.

Por outro lado Jasen, Weerth e Riksen - Walraven (2008) comparam a autoestima a um barómetro que oscila em consequência das nossas aspirações e experiencias positivas, em situações negativas tende a diminuir temporariamente e por outro lado em situações positivas esta tem tendência a aumentar. Quando uma pessoa define objetivos e tem êxito em os alcançar a sua autoestima melhora, se estes ficarem aquém do esperado o individuo ressentir-se e tem tendência a auto depreciar-se (Serra, 2011).

Assim, a autoestima refere-se à avaliação que nós temos de nós próprios, o nosso autoconceito e também às avaliações ligadas a essa informação, dependendo do modo como avaliamos as nossas identidades e as nossas qualidades pessoais (Neto, 1998).

Conforme Fridrickson, Horksema e Wagenciar (2012), a autoestima começa a ser formada na infância, passando por vários padrões de mudança até à maturidade. Um adulto com baixa autoestima pode ser resultado de experiências infantis desagradáveis, que mais tarde irão interferir com as suas emoções especialmente em momentos de grande desgaste emocional (Neto, 1998). No entanto é importante ter em mente que existem variações nos níveis de autoestima no adulto, cuja duração

pode ir desde minutos a anos, apesar dos seus níveis serem relativamente estáveis (Neto, 1998).

Segundo Neto (2000), a autoestima apresenta uma grande influência na vida quotidiana, sendo os adultos com autoestima mais elevada pessoas sociáveis, que confiam nas suas próprias opiniões e estão mais seguras de si próprias. O autor destaca as diferenças existentes entre os homens e as mulheres, estando estas muito mais vulneráveis relativamente às alterações da sua aparência física e do seu peso.

Estudos realizados por Neto (1998) demonstram que reforços positivos por parte dos namorados/ maridos aumentam a autoestima da puérpera, contrariamente a uma avaliação negativa, que poderá diminuir. Assim como circunstâncias que produzem aumento ou diminuição temporária no estado de espírito podem produzir o efeito correspondente na nossa autoestima.

Souza e Ferreira (2005) abordam a questão da influência que a maternidade pode trazer na autoestima da mulher. Segundo estes ser mãe pode contribuir para a sua autorrealização, havendo a possibilidade de refazerem as suas próprias representações acerca da sua feminilidade.

O nascimento de um bebé exige muito emocionalmente de uma mulher, uma vez que no período pós parto se sente muitas vezes fragilizada, sendo normal que estas apresentem períodos de dúvidas sobre si próprias, crises de confiança e flutuações emocionais consideradas por Fraser e Cooper (2010, p.437) como complexas e ecléticas. Já Barros (2009) defende que, com o parto, a mulher tem de se adaptar ao papel de mãe, desenvolvendo a capacidade de identificar e satisfazer todas as necessidades apresentadas pelo recém-nascido. Como tal não acontece de imediato esta desenvolve sentimentos de ansiedade e segurança que vão alterar a perceção que esta tem de si mesma.

Outro fator que pode influenciar a autoestima da puérpera é a amamentação, pois esta pode ser causadora de ansiedade pelas dificuldades sentidas pela mãe, sendo essencial o apoio emocional de modo a restabelecer a sua autoconfiança. Após estabelecida a amamentação, esta é geradora de benefícios altamente positivos para a mulher aumentando a sua autoestima (Prata, 2009).

Para Branden (2000), no puerpério a mulher pode ter alterações significativas na sua autoimagem devido, por exemplo, ao desapontamento com a experiência do parto, o aumento do seu peso corporal, a redução do seu tónus muscular contribuindo deste modo para que a puérpera se sinta deselegante e gere sentimentos de fracasso e culpa que poderão ter repercussões na sua autoestima.

Deste modo, neste período a mulher não só tem alteração da sua autoimagem, como também da sua identidade, dos seus papéis e também da sua interação com os diferentes elementos do seu meio, fazendo com que esta reavalie os seus valores existenciais. Assim baseando-se na nova percepção que tem de si e na percepção que a sociedade em que está inserida tem dela passa a interagir consigo mesma e com os outros de outra forma, tendo em conta o seu novo papel enquanto mãe (Barros, 2009).

No entanto, não nos podemos esquecer que o nascimento de um filho é sempre o resultado de uma relação vivida por duas pessoas, tornando-se essencial para a compreensão do presente estudo o enquadramento do relacionamento conjugal e análise da necessidade de ajustamento que o casal irá vivenciar.

3. O RELACIONAMENTO CONJUGAL NO PUERPÉRIO

Considerando as palavras de Machado (2007) “ a necessidade de se estar com o outro é algo típico do ser humano”, esta necessidade que começa no nascimento, faz com que todos nós sejamos constituídos pelos relacionamentos que estabelecemos. Assim o relacionamento conjugal está associado à saúde dos adultos, sendo um fator preponderante para a qualidade de vida especialmente após atingir a maturidade. (Scorsolini – Comin & Santos, 2010).

Quando duas pessoas se casam ou passam a viver em união conjugal acontece o encaixe entre os sistemas de duas famílias diferentes, dando origem a um novo sistema familiar, estando inerente a necessidade de haver uma satisfação entre os dois elementos que formam a nova família, surgindo assim o conceito de satisfação conjugal. Scorsolini – Comin e Santos (2010) definem satisfação conjugal como sendo uma reação subjetivamente experienciada no relacionamento conjugal, mais concretamente o resultado da diferença entre a percepção da realidade do casamento e as aspirações que os cônjuges apresentam para a relação.

Por outro lado para Norgren et al (2004), o conceito de satisfação conjugal é subjetivo implicando ter as próprias necessidades e desejos satisfeitos, assim como corresponder ao que o outro espera, sendo um dar e receber recíproco e espontâneo, relacionado com o bem – estar, contentamento, companheirismo, afeição e segurança entre ambos.

Existem vários fatores associados ao conceito de satisfação conjugal, tais como o bem-estar dos cônjuges, dos seus filhos, as suas respostas fisiológicas, a saúde física do casal, a depressão, a psicopatologia, as características da personalidade assim como a combinação dessas variáveis, as experiências que ambos têm da sua família de origem e o contexto social em que estão inseridos (Scorsolini–Comin & Santos, 2010). Por sua vez Perlin e Diniz (2005) demonstram que a satisfação conjugal é afetada por fatores conscientes e inconscientes, como por exemplo, pelo sexo, a escolaridade, o número de filhos do casal, o nível socioeconómico e o tempo de duração do relacionamento.

A satisfação conjugal não é constante no tempo, uma vez que estudos desenvolvidos por Gomes (2009) demonstram que esta vai desenvolver-se segundo um padrão curvilíneo que geralmente é elevada nos primeiros anos de relacionamento e diminui durante os anos intermédio, geralmente em consequência da parentalidade, voltando a aumentar com o passar dos anos.

Spanier (1976) defende que o relacionamento conjugal atravessa várias mudanças sendo necessário um ajustamento por parte dos cônjuges. O ajustamento conjugal é multidimensional, caracterizado por um processo cujo resultado é determinado pelo grau de incómodos, diferenças conjugais, tensões no casal, ansiedade pessoal de cada elemento, coesão didática e consenso nas mais variadas e importantes questões do quotidiano.

Segundo Menezes e Lopes (2007) uma das principais transições desenvolvimentais que os casais vivenciam no seu relacionamento é a transição para a parentalidade, sendo este o momento em que deixam de constituir apenas um casal e se tornam progenitores de uma nova família.

Assim, a chegada de um filho representa uma redefinição de prioridades impondo ao casal uma reelaboração do próprio relacionamento conjugal, exigindo um processo de adaptação em diferentes dimensões do relacionamento tais como a intimidade, a comunicação e o sexo, podendo este acontecimento ser um dos fatores de maior stresse que o casal irá vivenciar (Silva & Lopes, 2009).

Deste modo, o nascimento de uma criança traz consigo uma multiplicidade de tarefas novas e extras, não respondendo a um padrão referencial. Assim, também o relacionamento conjugal é sujeito a mudanças, que levam à renegociação das tarefas domésticas, deixando o envolvimento emocional e sexual de ter o mesmo foco de atenção, sendo necessário haver uma flexibilização da aliança conjugal em prol da aliança parental, onde a comunicação das necessidades sentidas pelo casal, a partilha de experiências, medos e anseios se tornam essenciais de modo a promover os níveis de satisfação e bem-estar (Prata, 2009).

Estudos realizados por Alves (2008) corroboram a ideia de que, com o nascimento de um filho surge a necessidade de haver uma reestruturação da vida do casal e a adaptação a uma nova condição, constituindo uma fase de ajustamento da relação que pode levar a um desequilíbrio ou ao desenvolvimento e aquisição de novas competências. Por outro lado, Pereira e Canavarro (2004) alertam ainda que com o nascimento de um filho surge uma diminuição da proximidade, da comunicação e dos sentimentos amorosos, surgindo como consequência o aumento de conflitos e ambivalência entre o casal, manifestando-se por uma diminuição acentuada da satisfação conjugal. Estudos efetuados por Silva e Figueiredo (2005) atestam a ideia de que a satisfação com o relacionamento conjugal diminui acentuadamente após o nascimento do primeiro filho.

Por sua vez Rodrigues (2013) defende que no puerpério o que vai gerar uma diminuição da satisfação conjugal é a diminuição da intimidade e do amor romântico entre os elementos do casal.

Atualmente a mulher pode ter a opção de decidir se quer ser mãe e quando, no entanto esta decisão não a prepara para a reviravolta que a sua vida irá experimentar após o nascimento de um filho (Barros 2009). No puerpério verifica-se uma diminuição do desejo e do prazer sexual tal como uma alteração nos padrões da atividade sexual, estas mudanças quando não são resolvidas podem ser transformadas em problemas que se podem prolongar muito depois deste período (Alves, 2008). Segundo os estudos apresentados por Barros (2009), quando os homens são excluídos das experiências vivenciadas pelas suas parceiras durante o período da gravidez e do puerpério, associado a um período de abstinência sexual, acabam por resultar na procura de relacionamentos extraconjugais.

É frequente que o puerpério seja um período de reduzida ou ausente atividade sexual, para a maioria das mulheres, sendo isto justificado pelo aumento das preocupações com as responsabilidades maternas, o excesso de tarefas parentais e a excessiva ansiedade que esta está sujeita nesta fase. Frequentemente o casal deixa de se preocupar um com o outro, passando o seu principal foco de atenção a ser o bebé, surgindo o sentimento que cada um deles não reconhece o valor do outro, podendo mesmo vir a sentir-se rejeitado (Alves, 2008).

De acordo com Ballone (2007), a falta de desejo sexual pode comprometer uma relação, uma vez que o parceiro se sente deixado de lado, suspeita não ser amado ou pode até desenvolver sentimentos de desconfiança no sentido de estar a ser traído.

Assim, Barros (2009) alerta para uma realidade social em que uma das formas da mulher acreditar que consegue manter o seu relacionamento conjugal é garantindo o prazer sexual dos seus parceiros, sendo este um fator determinante para que estas na fase do puerpério sintam dificuldade em manifestar a sua falta de prazer, desconforto ou desejo sexual, pois para elas estariam culturalmente a assumir a inexistência de amor pelo seu parceiro.

No entanto é importante ter em mente as palavras de Mendes (2009) que defende que a maternidade tanto pode assumir o significado de materialização e projeção de uma relação íntima, fortalecendo os afetos entre o casal, como ser percebida como uma perda de espaço, de organização conjugal devido ao enorme investimento emocional que esta implica, estando a qualidade do relacionamento

conjugal diretamente ligada à satisfação sexual de ambos os sexos e à atenção que é disponibilizada por cada um dos elementos do casal ao seu companheiro.

Estudos apresentados por Mendes (2009) demonstram que existem seis fatores associados à diminuição do desejo sexual, tal como dos níveis de satisfação sexual durante o puerpério, sendo eles o ajuste às mudanças dos papéis sociais durante a adaptação à parentalidade, a satisfação marital, o humor, a fadiga, as mudanças associadas ao nascimento do bebé e a amamentação. Barros (2009) acrescenta que muitas vezes as necessidades de afeto e contacto íntimo da puérpera são atendidas com o simples contacto pele a pele com o seu filho.

Social e culturalmente a puérpera tem a responsabilidade exclusiva da amamentação e grande parte da responsabilidade do bem-estar do recém-nascido, não conseguindo estar por inteiro numa relação com o seu cônjuge, voltando apenas a ter a necessidade de uma vida sexualmente ativa entre a quarta e a oitava semana após o parto. No entanto é importante alertar a mulher que não existe um parecer científico que justifique ficar mais do que três semanas em abstinência caso esta sinta necessidade de reiniciar a sua atividade sexual (Barros,2009).

Assim, segundo as palavras de Leal (2005), podemos ter em mente que o período puerperal é considerado simultaneamente como um período de risco de desencontro e insatisfação e um período de oportunidade de ascender uma relação conjugal a níveis mais complexos e gratificantes.

Gomes (2009) apresenta duas diferentes perspetivas para o relacionamento conjugal após a entrada na parentalidade, na primeira a relação pode progredir sendo o nascimento de um filho o reflexo do amor que sentem, fonte de prazer e satisfação, encarando este período como uma nova lua-de-mel que irá reforçar os laços conjugais. Na segunda perspetiva este acontecimento pode ser uma fonte geradora de *stress*, conflitos e discórdias criando uma barreira à intimidade que irá incitar a uma mudança abrupta e adversa no seu relacionamento, que poderá persistir durante algum tempo ou mesmo o casal nunca se conseguir voltar a restabelecer.

No entanto segundo Twenge, Campbell e Foster (2003) as alterações na satisfação conjugal vivenciadas após o nascimento de um filho não são percecionadas por ambos os elementos do casal ao mesmo tempo, sendo geralmente apresentadas e descritas pelas mulheres durante os seis primeiros meses de vida do bebé enquanto que nos homens apenas são referidas entre os seis e os dezoito meses.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4. MÉTODOS E PARTICIPANTES

No presente capítulo serão apresentados os métodos selecionados que irão dar resposta às questões de investigação apresentadas. Deste modo, serão especificados os objetivos da investigação, o tipo de investigação e o esquema conceptual de base, de seguida será realizada a apresentação e caracterização sociodemográfica da amostra, a identificação e caracterização dos instrumentos utilizados e os critérios de operacionalização das variáveis. Por último serão descritos os procedimentos inerentes à recolha de dados e o esclarecimento acerca do tratamento estatístico previsto.

4.1. MÉTODOS

Variados estudos defendem que para o ser humano ser feliz e se manter em plena saúde deve buscar relacionamentos significativos, de modo a experimentar sentimentos tais como o amor e a intimidade, sendo o maior exemplo desta realidade o relacionamento conjugal. No entanto é consensual que o nascimento de um filho é um fator determinante no futuro do casal, uma vez que este vai passar por uma grande fase de ajustamento traduzido por grandes mudanças na vida a dois (Dessen e Braz, 2000; Perlin, 2006; Scorsolini- Comin e Santos, 2010).

O puerpério foi desde sempre reconhecido como sendo um período da vida da mulher repleta de alterações físicas, psicológicas e sociais, que podem modificar radicalmente o modo como estas se relacionam consigo mesmas e com todos os que a rodeiam. Desde o momento do nascimento do seu filho, toda a mulher necessita de um apoio atento e personalizado de modo a rastrear possíveis alterações da sua autoestima e a promover não só a saúde da mulher, mas também de toda a família em que se insere.

A preocupação em manter o bem-estar físico, mental, social e familiar após o nascimento de uma criança é uma constante. Surgindo assim uma necessidade crescente em estudar as variáveis que afetam o ajustamento conjugal durante o puerpério, bem como a autoestima da puérpera e ainda a relação existente entre si.

Face às limitações de estudos referentes ao ajustamento conjugal no período do puerpério e ao modo como algumas variáveis o irão influenciar, nomeadamente as características sociodemográficas, as variáveis contextuais ao parto, à amamentação e a autoestima da puérpera, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

Qual o ajustamento conjugal apresentado pela puérpera, 4 a 6 semanas após o parto?; Qua variáveis sociodemográficas influenciam o ajustamento conjugal no período do puerpério?; Qual a relação entre as variáveis contextuais ao parto e o ajustamento conjugal da puérpera?; Qual a influencia das variáveis contextuais à amamentação no ajustamento conjugal da puérpera?; Qual a influencia da autoestima da puérpera no ajustamento conjugal?.

Para a concretização do presente estudo, definiram-se os seguintes objetivos gerais: Identificar o nível de ajustamento conjugal da mulher durante o puerpério; Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam o ajustamento conjugal da puérpera; analisar a relação entre as variáveis contextuais ao parto e o ajustamento conjugal da puérpera; Analisar a relação entre as variáveis contextuais à amamentação e o ajustamento conjugal; Avaliar como a autoestima da puérpera influencia o ajustamento conjugal no puerpério.

O presente estudo é um estudo quantitativo, correlacional e explicativo pois procura explicar a associação, sentido e o modo como as diferentes variáveis influenciam o ajustamento conjugal da puérpera. Pretende-se predizer a relação entre as variáveis definidas (sociodemográficas, contextuais ao parto, à amamentação e autoestima) e o ajustamento conjugal da puérpera e simultaneamente determinar a grandeza dessas mesmas relações.

Tendo em mente as características do tipo de estudo delineado e das variáveis definidas, apresentamos de forma pictográfica o esquema de investigação que se pretende estudar, onde se estabelece a relação das variáveis em estudo.

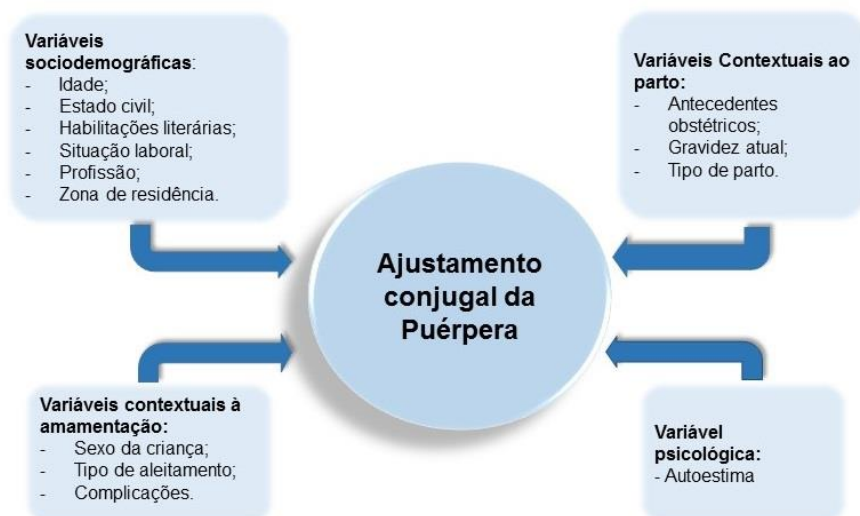


Figura 1 - Esquema conceitual de base

4.2. PARTICIPANTES

Para o presente estudo recorremos a um tipo de amostragem não probabilísticas, por conveniência, sendo a população alvo constituída por puérperas inscritas na USF Lusitana, USF Infante D. Henrique, USF Viseu Cidade, UCSP Mangualde e UCSP São Pedro do Sul. A colheita de dados ocorreu de junho a dezembro de 2013.

Obtivemos uma amostra final de 175 puérperas que 4 a 6 semanas após o parto frequentaram as consultas das Unidades de Saúde seleccionadas no período anteriormente referido.

Para obter uma maior compreensão da amostra recolhida na presente investigação apresentamos a sua caracterização sociodemográfica.

As puérperas que constituem a nossa amostra apresentam idades compreendidas entre os 17 e os 47 anos, sendo a idade média de 31,21 anos com um desvio padrão de 4,81 anos. O coeficiente de variação (CV=15,41%) apresenta dispersão moderada em torno do valor médio (cf. Quadro1).

Quadro 1 - Estatísticas da idade das puérperas

Idade	n.	Min.	Máx.	Média	Dp	CV%
Puérperas	175	17	47	31,21	4,81	15,41

De modo a obter uma melhor análise da amostra foram construídos dois grupos etários, um com idade igual ou inferior a 34 anos e outro com idade igual ou superior a 35 anos, tendo esta divisão por base a classificação de Lowdermilk e Perry (2006), que defendem que em gravidezes em idades superiores a 35 anos apresentam maior risco, sendo a futura mãe considerada como “mãe idosa”.

Verificámos, tal como apresentado no quadro 2, que o grupo etário mais prevalente é o das puérperas com idade inferior ou igual a 34 anos (77,7%), pelo que apenas 22,3% apresenta idades iguais ou inferiores a 35 anos.

Quadro 2 - Idade das puérperas, por grupo etário

Idade (grupos)	n	%
<=34 Anos	136	77,7
>=35 Anos	39	22,3
Total	175	100,0

Relativamente ao estado civil, dividiu-se a amostra em dois grupos: as puérperas que vivem com o companheiro (casadas ou em união de facto) e as que vivem sem o companheiro, onde se inseriram as puérperas solteiras, separadas / divorciadas e as viúvas. A maioria das puérperas da amostra coabita com o companheiro (92,6%) e apenas 7,4% refere não viver com o companheiro. Verificámos no grupo etário com idades iguais ou superiores a 35 anos 100% da amostra obtida refere viver com o companheiro (cf. Quadro3).

No que concerne às habilitações literárias optámos por agrupar a amostra em quatro grupos: ensino básico, ensino secundário, ensino superior (com licenciatura) e ensino superior pós – graduado, incluindo neste último grupo as puérperas que referem ter a pós graduação, mestrado ou doutoramento. Constatámos que 38,9% da amostra refere ter terminado a licenciatura, 37,1% o ensino secundário, 18,3% o ensino básico e 5,7% o ensino superior pós – graduado. Esta tendência mantém-se nos diferentes grupos etários, verificando-se um equilíbrio entre o Ensino Secundário (39%) e o Ensino Superior (38,2%) no grupo etário com idade inferior ou igual a 34 anos (cf. quadro 3).

Em relação à situação laboral dividiu-se a amostra em dois grupos, as puérperas que se encontram em situação ativa (empregadas a tempo completo, em tempo parcial e as trabalhadoras independentes) e em situação inativa, ou seja desempregadas. Para a totalidade da amostra verificámos que a maioria (70,3%) se encontra em situação ativa, no entanto no grupo etário igual ou superior a 35 anos, uma percentagem significativa de puérperas (41%) refere estar desempregada (cf. Quadro3).

Face à dispersão de dados obtidos na variável profissão, optámos por agrupar as puérperas segundo os grupos da Classificação Portuguesa das Profissões de 2010. Perante a totalidade da amostra observámos que a maioria se insere em quatro

principais grupos: no grupo 2 “especialistas das atividades intelectuais e científicas”, com uma percentagem de 35,4%; no grupo 3 “técnicos e profissões de nível intermédios” com uma percentagem de 13,7%; no grupo “pessoal administrativo”, com uma percentagem de 10,9%; e no grupo “trabalhadores não qualificados”, com uma percentagem de 10,3%, dos quais a maioria (15,4%) apresentava idade igual ou superior a 35 anos (cf. Quadro3).

No que respeita à zona de residência verificámos que 54,9% da amostra estudada reside em zona urbana, embora a maioria das puérperas com idades iguais ou inferiores a 34 anos (47,8%) reside em meio rural (cf. Quadro3).

Em síntese, a amostra obtida é constituída por 175 puérperas, com idades compreendidas entre os 17 e os 47 anos, sendo a maioria pertencente ao grupo etário com idades iguais ou inferiores a 34 anos (77,7%). A maioria das puérperas é casada ou a viver em união de facto (92,6%), reside em meio urbano (54,9%), refere ter terminado a licenciatura (38,9%), está em situação laboral ativa (70,3%) e pertence ao grupo das profissões especialistas das atividades intelectuais e científicas.

Quadro 3 - Estatísticas de contexto sociodemográfico em função da idade da puérpera.

Variáveis	<=34 Anos		>=35 Anos		Total	
	n (=136)	%(77,7)	n (=39)	%(22,3%)	n (=175)	%(100,0)
Estado Civil						
Com Companheiro	123	90,4	39	100,0	162	92,6
Sem Companheiro	13	9,6	0	0,0	13	7,4
Habilitações Literárias						
Ensino Básico	23	16,9	9	23,1	32	18,3
Ensino Secundário	53	39,0	12	30,8	65	37,1
Ensino Superior	52	38,2	16	41,0	68	38,9
Ensino Superior - Pós-Graduado	8	5,9	2	5,1	10	5,7
Situação Laboral						
Inativa	36	26,5	16	41,0	52	29,7
Ativa	100	73,5	23	59,0	123	70,3
Profissão						
Grupo 0 - Profissões das Forças Armadas	1	0,7	0	0,0	1	0,6
Grupo 1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	0	0,0	1	2,6	1	0,6
Grupo 2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas	47	34,6	15	38,5	62	35,4
Grupo 3 - Técnicos e profissões de nível intermédio	20	14,7	4	10,3	24	13,7

Grupo 4 - Pessoal administrativo	16	11,8	3	7,7	19	10,9
Grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	12	8,8	1	2,6	13	7,4
Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1	0,7	0	0,0	1	0,6
Grupo 7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	1	0,7	0	0,0	1	0,6
Grupo 8 - Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem	4	2,9	1	2,6	5	2,9
Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados	12	8,8	6	15,4	18	10,3
Zona de Residência						
Rural	65	47,8	14	35,9	79	45,1
Urbana	71	52,2	25	64,1	96	54,9

4.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Após a definição dos métodos do estudo de investigação e a pesquisa bibliográfica referente à respetiva temática, procedemos à elaboração do instrumento de recolha de dados (anexo I), sendo este constituído por duas partes. A primeira parte é composta por um questionário sociodemográfico, de caracterização obstétrica, de caracterização da amamentação e dados relativos ao recém-nascido, na segunda parte encontram-se duas escalas que permitiram recolher informações relativas ao ajustamento conjugal e autoestima da puérpera.

As questões relativas aos dados sociodemográficos são referentes à idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, profissão e zona de residência.

Quanto à caracterização obstétrica procurou-se conhecer os antecedentes anteriores à gravidez atual (partos de termo – entre as 37 e as 41 semanas; partos pré-termo - antes das 37 semanas; abortos - antes das 20 semanas; morte fetal – após as 20 semanas; gravidezes ectópicas e filhos vivos), a caracterização da gravidez (normal ou de risco – hipertensão arterial, diabetes gestacional, outro) e os dados relativos ao parto (tipo de parto, parto simples ou gemelar; duração do trabalho de parto; episiotomia; lacerações; experiência em relação ao trabalho de parto).

No que concerne aos dados relativos aos recém – nascido e à amamentação, procurou-se conhecer o sexo do recém – nascido, o tipo de aleitamento praticado até à data de recolha de dados e as complicações existentes na amamentação.

Para interpretar o ajustamento conjugal da puérpera e a sua autoestima foram selecionadas as escalas de relacionamento conjugal (Spanier, 1976; versão portuguesa Gomez e Leal, 2008) e escala de autoestima de Rosenberg (adaptado por Romano, Negreiros e Martins (2007). Após a apresentação dos critérios de operacionalização das variáveis estudadas nas duas escalas, procederemos à avaliação das suas propriedades psicométricas.

4.3.1. Escala de Ajustamento Conjugal (DAS)

O ajustamento conjugal é reconhecido como um conceito chave sobre a família, sendo caracterizado com uma variável interpessoal que se encontra num processo contínuo de mudança ao longo da vida do casal (Gomez e Leal, 2008). Assim, pretendemos estudar o nível de ajustamento conjugal apresentado pelas puérperas da nossa amostra.

Como meio de operacionalização desta variável utilizamos a *Dyadic adjustment scale* desenvolvida por Spanier em 1976, tendo sido validada e adaptada para a população portuguesa por Gomez e Leal no ano de 2008, perante uma amostra de 103 casais, dos quais 60 se encontravam em fase de gravidez.

A escala de ajustamento conjugal é constituída por 32 itens, os quais foram agrupados pelos autores em quatro dimensões. Dos itens apresentados 30 são cotados numa escala tipo likert e ou outros dois são respondidos com “sim” ou “não”. Deste modo os 15 primeiros itens da escala possuem 6 opções de resposta que variam entre “sempre em desacordo” e “sempre em acordo”, sendo cotados de 0 a 5 respetivamente; os itens 16 a 22 apresentam 6 opções de resposta que variam entre “sempre” e “nunca”, sendo cotados de 1 a 6 respetivamente; os itens 23 e 24 apresentam 5 opções de resposta que variam entre “todos os dias” e “nunca”, estando cotados de 1 a 5 respetivamente; os 25 a 28 apresentam 6 opções de resposta que variam entre “nunca” e “mais do que uma vez por dia”, sendo cotados de 1 a 6 respetivamente; os itens 29 e 30 apresentam como resposta o “sim” cotado com 0 e o “não” cotado com 1; no item 31 é apresentada uma régua da avaliação da relação conjugal cuja cotação varia entre o 0 que corresponde ao “extremamente infeliz” e o 6 ao “perfeita”; o item 32 apresenta 6 opções de resposta, cuja cotação varia do 1 ao 6.

Relativamente às dimensões originais da escala de ajustamento conjugal, esta é dividida em quatro: o *consenso* engloba que 13 itens (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15) os quais se referem ao consenso entre o casal sobre questões financeiras, atividades recreativas que afetam o relacionamento e o modo de lidar com os

familiares; a *satisfação* que engloba 10 itens (16,17,18,19,20,21,22,23,31 e 32) referentes à baixa frequência de conflitos entre o casal, a avaliação da relação e do seu futuro; a *coesão* engloba 5 itens (24, 25, 26, 27, 28), respeitantes à existência de interações positivas e atividades partilhadas por ambos; e a dimensão *expressão de afetos* que é constituída por quatro itens (4, 6, 29 e 30) referentes à demonstração de afetos e relações sexuais (Gomez e Leal, 2008).

A cotação das diferentes dimensões divide-se entre 0 a 64 pontos para o consenso, 0 e 50 para a satisfação, 0 e 24 para a coesão e 0 e 12 para a expressão dos afetos. A avaliação dos scores deve ser realizada do seguinte modo: as puérperas com scores iguais ou inferiores a 101 apresentam-se desajustadas ou em sofrimento relacional, para valores iguais ou superiores 102 pontos caracterizam-se como ajustadas.

Apresentamos no quadro 4 as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada um dos itens e o valor global da escala.

Quadro 4- Consistência interna da escala de ajustamento conjugal

	Média	Dp	Correlação item-total	α Cronbach se item for eliminado
1. Finanças Familiares	4,09	0,813	0,405	0,441
2. Aspetos ligados a divertimentos	3,94	0,696	0,475	0,440
3. Religião	4,37	0,989	0,180	0,467
4. Demonstração de afeto	4,44	0,749	0,523	0,431
5. Amigos	4,31	0,687	0,424	0,446
6. Relações sexuais	4,25	0,817	0,479	0,432
7. Convencionalismo (considerar o que é um comportamento correto ou apropriado.)	4,02	0,970	0,384	0,437
8. Filosofia de Vida	4,05	0,749	0,478	0,436
9. Formas de lidar com familiares	3,86	0,854	0,431	0,436
10. Objetivos e coisas consideradas importantes	4,10	0,732	0,531	0,431
11. Quantidade de tempo passado em conjunto	4,10	0,863	0,477	0,429
12. Tomada de decisões importantes	4,38	0,726	0,486	0,437
13. Tarefas domesticas	3,94	1,016	0,498	0,417
14. Interesses e atividades nos tempos livres	3,96	0,872	0,490	0,427
15. Decisões profissionais	2,54	1,579	0,072	0,490
16. Com que frequência fala sobre, ou tem considerado, o divórcio, a separação ou o fim da relação?	0,66	1,080	-0,202	0,524
17. Com que frequência você ou o seu companheiro sai de casa depois de uma discussão?	0,35	0,767	-0,004	0,490
18. Considera que, de forma geral, as coisas com o(a) seu (sua) companheiro(a) correm bem?	4,17	0,890	0,281	0,455
19. Confia no(a) seu (sua) companheiro(a)?	4,58	0,90	0,165	0,470
20. Alguma vez lamenta ter-se casado (ou viver junto)?	0,64	1,585	-0,090	0,526
21. Com que frequência você ou o(a) seu (sua) companheiro(a) deixa o outro com "os nervos à flor da pele"?	2,54	1,579	0,72	0,490
22. Com que frequência você e o seu companheiro discutem?	1,46	0,886	-0,368	0,535
23. Costuma beijar o(a) seu (sua) companheiro(a)?	4,68	0,681	0,205	0,468
24. Você e o(a) seu (sua) companheiro(a) têm atividades e interesses fora de casa em que se envolvem juntos?	3,09	0,964	-0,006	0,493
25. Terem uma troca de ideias estimulante	1,84	1,336	-0,329	0,558
26. Rirem em conjunto	0,70	0,953	-0,358	0,538
27. Discutirem calmamente um assunto	1,57	1,258	-0,285	0,546
28. Trabalharem juntos num projeto	2,32	1,606	-0,237	0,557

29. Estar demasiado cansado para ter relações sexuais	0,68	0,469	0,209	0,472
30. Falta de demonstração de amor	0,86	0,347	0,265	0,473
31. Grau de felicidade da relação conjugal	4,01	1,110	0,256	0,453
32. Qual das seguintes afirmações descreve melhor o que sente sobre o futuro da sua relação conjugal?	2,61	0,669	-0,180	0,505
αCronbach	0,484			
Coeficiente Split half – Primeira metade	0,814			
Segunda metade	-0,127			

Verificamos pela análise do quadro um valor do *alfa* de Cronbach de 0,484 para a escala global, indicando uma consistência interna inadmissível, segundo Duarte (2011). Constatamos ainda que as correlações itens – escala apresentadas são baixas, sendo a maior correlação obtida no *item* 10 ($r=0,531$) “objetivos e coisas consideradas importantes”, pelo que este é o item que melhor se associa à escala global.

Para determinar a validade da escala recorreremos à análise fatorial dos itens procurando “explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para as descrever” (Pestana e Gageiro, 2008).

Apesar da Escala de Ajustamento conjugal já ter sido validada anteriormente, considerámos importante realizar a validação da distribuição dos itens pelas dimensões da escala, assim pelo método *análise do comonente principal* forçámos a divisão em quatro fatores tal como a apresentada pelos autores da escala com uma variância explicada de 47,47%, obtendo os valores de correlação itens – escala descritos no quadro 5.

Quadro 5 - Fatores identificados na análise fatorial

Fatores	Eigenvalue	% da Variância Explicada	% da Variância Acumulada
1	8,977	28,05	21,045
2	2,441	7,626	31,786
3	1,976	6,174	40,978
4	1,798	5,618	47,471

Realizando um paralelismo entre os quatro fatores definidos para a amostra e as dimensões originais da escala, podemos afirmar que o primeiro fator é referente ao

consenso, o segundo a satisfação, o terceiro a coesão e a quarta dimensão a expressão dos afetos.

Após a interpretação dos valores de correlação entre os itens e o valor da escala, verificamos a obtenção de valores de correlação ínfimos ou mesmo negativos para qualquer um dos fatores, em 11 dos itens e, por consequência, a necessidade de os eliminar. Estes itens configuram no quadro 6 assinalados a negrito (16, 17, 20, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 32).

Quadro 6 - Composição de cada fator da escala (4 fatores)

Itens	Consenso	Coesão	Satisfação	Expressão dos Afetos
1. Finanças Familiares	0,609			
2. Aspetos ligados a divertimentos	0,644			
3. Religião	0,385			
4. Demonstração de afeto	0,669			
5. Amigos	0,608			
6. Relações sexuais	0,618			
7. Convencionalismo (considerar o que é um comportamento correto ou apropriado.)	0,546			
8. Filosofia de Vida	0,674			
9. Formas de lidar com familiares	0,675			
10. Objetivos e coisas consideradas importantes	0,716			
11. Quantidade de tempo passado em conjunto	0,682			
12. Tomada de decisões importantes	0,718			
13. Tarefas domesticas	0,670			
14. Interesses e atividades nos tempos livres	0,719			
15. Decisões profissionais				0,980
16. Com que frequência fala sobre, ou tem considerado, o divórcio, a separação ou o fim da relação?				0,010
17. Com que frequência você ou o seu companheiro sai de casa depois de uma discussão?	0,056			
18. Considera que, de forma geral, as coisas com o(a) seu (sua) companheiro(a) correm bem?		0,540		
19. Confia no(a) seu (sua) companheiro(a)?		0,613		
20. Alguma vez lamenta ter-se casado (ou viver junto)?			0,58	
21. Com que frequência você ou o(a) seu (sua) companheiro(a) deixa o outro com "os nervos à flor da pele"?				0,980
22. Com que frequência você e o seu companheiro discutem?	-0,423	-0,438	-0,057	-0,161
23. Costuma beijar o(a) seu (sua) companheiro(a)?			0,480	
24. Você e o(a) seu (sua) companheiro(a) têm atividades e interesses fora de casa em que se envolvem juntos?			0,695	
25. Terem uma troca de ideias estimulante		0,015		
26. Rirem em conjunto	-0,372	-0,202	-0,525	-0,098
27. Discutirem calmamente um assunto	-0,255	-0,042	-0,645	-0,037
28. Trabalharem juntos num projeto	-0,161	-0,011	-0,648	-0,085
29. Estar demasiado cansado para ter relações sexuais	0,310			
30. Falta de demonstração de amor	0,340			
31. Grau de felicidade da relação conjugal			0,502	
32. Qual das seguintes afirmações descreve melhor o que sente sobre o futuro da sua relação conjugal?	-0,214	-0,235	-0,080	-0,087

Deste modo, para evitar a eliminação de uma quantidade significativa de itens, optámos por manter a análise fatorial realizada pelos autores. Assim, consideramos o

alfa de Cronbach de 0,897 para a escala global, 0,849 para a dimensão do consenso, 0,827 para a satisfação, 0,720 para a coesão e 0,655 para a expressão de afetos.

4.3.2. Escala de Autoestima de Rosenberg

Tendo em mente a avaliação dos níveis de autoestima apresentados pelas puérperas da nossa amostra, utilizamos a Escala de Autoestima de Rosenberg, a qual é constituída por 10 *itens* relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo.

A presente escala é constituída por 10 itens, com quatro alternativas de resposta, sendo eles o “discordo totalmente”, “discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”, a cotação atribuída varia entre 1 e 4 pontos respetivamente. A média dos 10 itens dá a cotação total da escala que pode oscilar entre 10 e 40, uma vez que os itens de orientação negativa apresentam cotação invertida, quanto mais alta for a média obtida mais elevados serão os níveis de autoestima.

A escala foi validada em Portugal por Romano, Negreiros e Martins (2007), para uma amostra de 501 pessoas, tendo estes definido 2 dimensões: a *autoestima positiva*, que inclui os itens 1,3,4,7 e 10 e a *autoestima negativa* constituída pelos *itens* 2, 5, 6, 8, 9 cuja cotação se encontra invertida.

Uma vez que para o presente estudo optámos por respeitar a análise fatorial realizada pelos autores das Escalas em estudo, considerámos para efeitos do presente estudo o coeficiente de alfa de Cronbach de 0,740, sendo de 0,630 para a dimensão autoestima negativa e 0,740 para a autoestima positiva.

4.4. CRITÉRIOS DE OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS

As variáveis são características observadas em cada unidade de uma população, que assumem valores, o domínio da variável, podendo esta ser classificada como quantitativa ou qualitativa. Estas podem ainda ser definidas consoante a relação existente entre si, sendo a variável independente aquela que determina, influencia ou determina outra variável, a dependente (Fortin, 2009). Para o presente estudo definimos como variável dependente o ajustamento conjugal da puérpera e como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas, as contextuais ao parto, as contextuais à amamentação e a variável psicológica: a autoestima.

Tendo anteriormente sido esclarecido o método de operacionalização das variáveis mensuradas através de escalas, seguidamente serão esclarecidos os critérios de operacionalização das restantes variáveis independentes.

Optámos por operacionalizar as variáveis de contexto sociodemográfico de acordo com o apresentado no quadro 7.

Quadro 7 - Operacionalização das variáveis de contexto sociodemográfico

Variável	Apresentação no questionário	Operacionalização	Tipo de variável
Idade da puérpera	Questão aberta	<=34 Anos >=35 Anos	Quantitativa
Estado civil	Solteira Casada Separada/divorciada União de facto Viúva	Com companheiro (casada, união de facto) Sem companheiro (solteira, separada/divorciada, viúva)	Qualitativa, nominal
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever 1ª Etapa do ensino básico (4ª classe) 2ª Etapa do ensino básico (9º ano ou equivalente) Ensino secundário Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento.	Não sabe ler nem escrever Ensino básico Ensino secundário Ensino superior Ensino superior - pós-graduado	Qualitativa, ordinal
Situação laboral	Desempregada Empregada em tempo completo Empregada em tempo parcial Outro.	Inativo (desempregado) Ativo (empregado a tempo completo, empregado a tempo parcial, trabalhador independente)	Qualitativa, nominal

Profissão	Questão aberta	<p>Utilizados grupos da classificação nacional de profissões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 0 - Profissões das Forças Armadas • Grupo 1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos • Grupo 2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas • Grupo 3 - Técnicos e profissões de nível intermédio • Grupo 4 - Pessoal administrativo • Grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores • Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta • Grupo 7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices • Grupo 8 - Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem • Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados 	Qualitativa, nominal
Zona de Residência	Rural Urbano	Rural Urbano	Qualitativa, nominal

Relativamente às variáveis contextuais ao parto, optámos por operacionalizar as variáveis de acordo com o apresentado no quadro 8.

Quadro 8 - Operacionalização das variáveis contextuais ao parto

Variável	Apresentação no questionário	Operacionalização	Tipo de variável
Partos de termo	Questão aberta	Nenhum Um parto de termo Mais de dois partos de termo	Quantitativa
Antecedentes Obstétricos Anómalos	Parto pré-termo Aborto Morte fetal Gravidez ectópica.	Sem antecedentes Com antecedentes (Parto pré termo, aborto, morte fetal, gravidez ectópica)	Qualitativa, nominal
Gravidez Atual	Normal Risco	Normal Risco	Qualitativa, nominal

Motivos de gravidez de risco	Hipertensão arterial Diabetes gestacional Outros (questão aberta).	Grávidas com patologia médica associada (obesidade, hipotireoidismo, diabetes tipo 2, lúpus, síndrome de Brugada, endometriose, infertilidade) Grávidas com patologia surgida na gravidez (hipertensão arterial, diabetes gestacional, prolapso da válvula mitral, complicações relacionadas com o feto, síndrome de HELLP, gravidez gemelar, artéria umbilical única, APPT, oligoâmnios, fratura da bacia, incompetência cervical, descolamento da placenta, placenta marginal, quimioterapia)	Qualitativa, nominal
Tipo de parto	Eutócico (normal) Distócico (ventosa/fórceps) Cesariana	Eutócico Distócico (fórceps, ventosa, cesariana)	Qualitativa, nominal
Duração do trabalho de parto	Questão aberta (em horas)	<=18 Horas Mais de 18 horas	Quantitativa
Episiotomia	Sim Não	Sim Não	Qualitativa, nominal
Laceração	Sim Não	Sim Não	Qualitativa, nominal
Experiência em relação ao trabalho de parto	Muito boa Boa Razoável Má	Muito boa/boa Razoável/Má	Qualitativa, ordinal

A operacionalização das variáveis contextuais à amamentação encontra-se descrita no quadro 9.

Quadro 9 - Operacionalização das variáveis contextuais à amamentação

Variável	Apresentação no questionário	Operacionalização	Tipo de variável
Sexo do Recém-nascido	Masculino Feminino	Masculino Feminino	Quantitativa, nominal
Tipo de aleitamento	Materno Exclusivo Materno e Suplemento Artificial	Aleitamento materno exclusivo Aleitamento materno e suplemento Aleitamento artificial	Quantitativa, nominal
Complicações com a amamentação	Sim Não	Sim Não	Quantitativa, nominal
Tipo de complicações com a amamentação	Mastite Fissuras/gretas Congestão mamária Outras (questão aberta)	Relacionadas com o recém-nascido (má pega, internamento na neonatologia, alteração dos reflexos do recém-nascido) Complicações maternas (Mastite, fissuras, congestão mamária, ducto bloqueado, hipogaláxia)	Quantitativa, nominal

5.5 PROCEDIMENTOS NA SELEÇÃO E COLHEITA DE DADOS

Para a aplicação do estudo no terreno, foram definidas algumas diligências preliminares, deste modo após a seleção dos instrumentos de colheita de dados, procedemos ao pedido de autorização para a sua aplicação, aos autores da escala, que enviaram a sua autorização por escrito, via correio eletrónico (anexo 2). Foi ainda elaborado um projeto de investigação e obtido o parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (anexo 3).

Posteriormente foi enviado um requerimento para a autorização da realização do presente estudo ao Diretor Executivo do ACES Dão Lafões, após o seu deferimento (anexo 4) foi efetuado o contacto pessoal com as unidades funcionais seleccionadas para a aplicação do instrumento de colheita de dados de modo a iniciar a recolha da amostra.

De acordo com os princípios éticos inerentes à profissão de enfermagem todas as puérperas que participaram na presente investigação o fizeram de forma livre e devidamente esclarecida, uma vez que em conjunto com o instrumento de colheita de dados era entregue um documento de consentimento informado (anexo1) do qual constam os objetivos do estudo onde é assegurada a confidencialidade do respetivo tratamento de dados.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Antes de efetuar a análise de dados executámos uma avaliação de todos os questionários de modo a serem eliminados aqueles que se encontrassem incompletos ou preenchidos de forma incorreta. De seguida procedemos à sua codificação e introdução em tabela com recurso ao IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 22.

A análise de dados e apresentação dos resultados foi feita de modo sequencial, de acordo com a organização das variáveis e partes constituintes do instrumento de medida. Nesta análise recorreu-se à estatística descritiva e inferencial.

Análise descritiva

Para analisar a informação obtida através da recolha de dados, utilizaram-se técnicas de estatística descritiva tais como as frequências absolutas (n), as

frequências relativas (%), medidas de tendência central (média aritmética) e medidas de dispersão (desvio padrão).

O coeficiente de variação amostral será interpretado do seguinte modo (Pestana e Gageiro, 2008, p.81):

Coeficiente de Variação	Classificação do Grau de Dispersão
≤15%	Dispersão fraca
16% - 30%	Dispersão média
> 30%	Dispersão elevada

Análise Inferencial

Na estatística inferencial foi utilizada a estatística paramétrica e não paramétrica.

A aplicação de testes paramétricos requer a verificação simultânea de duas condições: que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se estejam a comparar duas ou mais amostras (Maroco, 2007). Quando não se reuniam as condições necessárias para a aplicação dos testes paramétricos, aplicaram-se como alternativa os testes não paramétricos.

Deste modo para a análise inferencial do presente estudo recorreremos ao teste U de Mann Whitney, ao teste de Kruskal- Wallis e ao teste t para amostras independentes de forma a estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas, as contextuais ao parto e contextuais à amamentação e o ajustamento conjugal da puérpera.

Para determinar as relações existentes entre a variável psicológica, autoestima, e o ajustamento conjugal da puérpera o método de estatística inferencial escolhido foi a regressão linear múltipla.

Na análise estatística os valores de significância considerados foram: $p < 0,005^*$ - diferença estatística significativa; $p < 0,01^{**}$ - diferença bastante significativa; $p < 0,001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa; $p \geq 0,05$ n.s. – diferença estatística não significativa.

Perante as considerações metodológicas anteriormente referidas, realizamos no seguinte capítulo a apresentação e análise dos resultados obtidos na investigação.

5. RESULTADOS

De seguida procedemos à apresentação e análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos na recolha de dados, através da aplicação do instrumento de colheita de dados à amostra estudada, procurando dar resposta às questões de investigação anteriormente elaboradas.

5.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Neste capítulo realizamos a análise descritiva dos dados obtidos na recolha de dados, relativamente às variáveis contextuais ao parto e contextuais à amamentação, uma vez que as variáveis sociodemográficas foram abordadas anteriormente.

5.1.1. Caracterização da amostra segundo as variáveis, contextuais ao parto

Analisando as variáveis contextuais ao parto, verificamos que a maioria das puérperas com idade inferior ou igual a 34 anos são primíparas ($n=75$; 55,1%) ao passo que no grupo de idade superior ou igual a 35 anos existe um equilíbrio entre primíparas, puérperas do segundo filho e puérperas de três ou mais filhos (30,8%, 38,5% e 30,8% respetivamente). Para a totalidade da amostra verificamos que metade das puérperas em estudo, 49,7%, eram primíparas (cf. quadro 9).

Em relação aos antecedentes obstétricos observamos que a maioria da amostra não apresenta antecedentes ($n=147$; 84%) sendo que de entre as puérperas que apresentam antecedentes anómalos tem predomínio as do grupo etário superior ou igual a 35 anos ($n=7$; 17,9%) (cf. Quadro 9).

Relativamente à gravidez atual, destacam-se aquelas que foram classificadas como normais, num total de 132 (75,4%). Das 43 puérperas que referiram ter uma gravidez considerada de risco, 9 (21,4%) refere patologia médica ou fator de risco anterior à gravidez e as restantes (78,6%) referem patologia associada à gravidez (cf. quadro 9).

Quanto ao tipo de parto constatamos um equilíbrio já que 47,4 % corresponde a puérperas com parto eutócico e 52,6% com parto distócico, sendo esta tendência verificada independentemente do grupo etário (cf. quadro 9).

Quanto à duração do trabalho de parto 83,4% da amostra refere ter estado até 18 horas em trabalho de parto e 16,6% refere uma duração superior a 18 horas. Para esta variável, verificamos que em ambos os grupos etários a duração do trabalho de parto oscila entre as 0 e as 48 horas, apresentando uma média de 10,07 ($\pm 8,72$) ≤ 34 anos e de 10,92 ($\pm 12,22$) ≥ 35 anos (cf. tabela 1).

Tabela 1- Estatística descritiva da duração do trabalho de parto em função da idade das puérperas

Duração de Trabalho de Parto	n.	Min.	Max.	Média	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K-S
≤ 34 Anos	136	0	48	10,07	8,72	86,59	0,208	0,413	0,000
≥ 35 Anos	39	0	48	10,92	12,22	111,90	0,378	0,741	,0000

No que diz respeito à prática de episiotomia constatou-se que a maioria das puérperas pertencentes ao grupo etário com idades inferiores ou iguais a 34 anos (53,7%) foram sujeitas a episiotomia, enquanto que no grupo com idades superiores ou iguais a 35 anos esta técnica não foi executada (cf. Quadro 10).

Em relação às lacerações verificou-se que a maioria das puérperas, 81,7%, não sofreu qualquer tipo de lacerações sendo uma realidade que se manteve nos diferentes grupos etários (cf. quadro 10).

Por fim, 64,6% da amostra caracteriza a sua experiência em relação ao trabalho de parto como muito boa/boa contrariamente a 35,4% cuja experiência foi avaliada como má, sendo esta tendência comum aos dois grupos etários (cf. quadro 10).

Quadro 10 - Estatísticas contextuais ao parto

	<=34 Anos		>=35 Anos		Total	
	n (=136)	%(77,7)	n (=39)	%(22,3)	n(=175)	%(100,0)
Partos de termo (anterior à gravidez atual)						
Nenhum	75	55,1	12	30,8	87	49,7
Um parto de termo	51	37,5	15	38,5	66	37,7
Mais de dois partos de termo	10	7,4	12	30,8	22	12,6
Antecedentes Obstétricos Anómalos						
Sem antecedentes	115	84,6	32	82,1	147	84,0
Com antecedentes	21	15,4	7	17,9	28	16,0
Gravidez Atual						
Normal	104	76,5	28	71,8	132	75,4
Risco	32	23,5	11	28,2	43	24,6
Motivos para Gravidez de Risco						
	n (=32)	%(23,5)	n (=11)	%(22,3)	n(=42)	%(24,6)
Com patologia médica ou fator de risco anterior à gravidez	8	25,0	1	10,0	9	21,4
Com patologia surgida na gravidez	24	75,0	9	90,0	33	78,6
Tipo de Parto						
	n (=136)	%(77,7)	n (=39)	%(22,3)	n(=175)	%(100,0)
Eutócico	65	47,8	18	46,2	83	47,4
Distócico	71	52,2	21	53,8	92	52,6
Duração do Trabalho de Parto (em horas)						
Até 18 horas	115	84,6	31	79,5	146	83,4
Mais de 18 horas	21	15,4	8	20,5	29	16,6
Episiotomia						
Sim	73	53,7	14	35,9	87	49,7
Não	63	46,3	25	64,1	88	50,3
Laceração						
Sim	24	17,6	8	20,5	32	18,3
Não	112	82,4	31	79,5	143	81,7
Experiência em Relação ao Trabalho de Parto						
Muito boa/ Boa	87	64,0	26	66,7	113	64,6
Razoável / Má	49	36,0	13	33,3	62	35,4

5.1.2. Caracterização da amostra segundo as variáveis, contextuais à amamentação

Perante os dados obtidos na amostra estudada, verificou-se um equilíbrio entre os recém - nascidos do sexo masculino (50,9%) e feminino (49,1%), equilíbrio este que se verificou no grupo com idade superior ou igual a 35 anos (cf. Quadro11).

No que respeita ao tipo de aleitamento, confirmou-se uma predominância do aleitamento materno exclusivo (71,4%), em detrimento dos 23,4% que pratica o aleitamento misto e os 5,1% do aleitamento artificial. No entanto das puérperas que referem praticar o aleitamento materno exclusivo ou misto, 37,7% refere ter tido complicações com a amamentação, sendo que 81,8% foram consideradas como

complicações maternas (mastite, ingurgitamento mamário, entre outras) e 18,2% relacionadas com o recém-nascido (má pega, internamento na neonatologia, entre outras) (cf. Quadro 11).

Quadro 11 - Variáveis contextuais à amamentação

	<=34 Anos		>=35 Anos		Total	
	n (=136)	%(77,7)	n (=39)	%(22,3)	n(=175)	%(100,0)
Sexo do Recém-nascido						
Masculino	64	47,1	25	64,1	89	50,9
Feminino	72	52,9	14	35,9	86	49,1
Tipo de Aleitamento						
Aleitamento Materno Exclusivo	101	74,3	24	61,5	125	71,4
Aleitamento Materno e Suplemento	30	22,1	11	28,2	41	23,4
Aleitamento Artificial	5	3,7	4	10,3	9	5,1
Complicações com a Amamentação						
Sim	49	36,0	17	43,6	66	37,7
Não	87	64,0	22	56,4	109	62,3
Tipo de complicações com a amamentação						
	n (=50)	%(36,8)	N (=16)	%(41,0)	n(=66)	%(37,7)
Relacionada com Recém Nascido	8	16,0	4	25,0	12	18,2
Complicação materna	42	84,0	12	75,0	54	81,8

5.1.3. Caracterização da amostra quanto ao Ajustamento Conjugal no Puerpério

Ao analisarmos o ajustamento conjugal as estatísticas revelam-se muito semelhantes entre os diferentes grupos etários. No grupo etário com idade inferior ou igual a 34 anos apresenta uma média de $96,79 \pm 7,98$, com um mínimo de 69 e um máximo de 124, por sua vez no grupo com idade superior ou igual a 35 anos a média é de $98,32 \pm 6,75$, com um máximo de 114 e um mínimo de 85. Em ambos os grupos se verifica-se que existe uma dispersão baixa entre os resultados, uma vez que apresentam um coeficiente de variação de 8,24% e 6,75% respetivamente (cf. Tabela 2).

Para a totalidade da amostra, o valor mínimo obtido foi de 69 e o máximo de 124, com uma média de $97,12 \pm 7,71$, com uma dispersão baixa entre os resultados, pois apresenta um coeficiente de variação de 7,93% (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Estatísticas da Escala de Ajustamento Conjugal

Ajustamento conjugal	n.	Min.	Max.	Média	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro
<=34 Anos	136	69,00	124,00	96,79	7,98	8,24	0,09	2,78
>=35 Anos	39	85,00	114,00	98,32	6,65	6,75	0,67	0,05
Total	175	69	124	97,12	7,71	7,93	0,19	0,37

No presente estudo, tal como foi referido anteriormente, optou-se por respeitar a divisão dos autores da Escala de Ajustamento Conjugal em quatro dimensões, de modo a compreender melhor os dados obtidos através da interpretação da tabela 3.

Relativamente à dimensão do consenso, os valores oscilam entre um mínimo de 24 e um máximo de 65, com a média de $51,67 \pm 6,63$, havendo uma dispersão baixa nos resultados obtidos. Analisando os diferentes grupos etários verifica-se que a média obtida para o consenso é ligeiramente superior no grupo etário igual ou superior a 35 anos (cf. tabela 3).

Quanto à dimensão satisfação verifica-se um mínimo de 14 e um máximo de 47, com média de $25,90 \pm 3,42$. Comparando os dois grupos etários o valor médio encontrado é muito semelhante.

Na dimensão coesão, o valor mínimo obtido foi de 2 e o máximo de 21, sendo a média de $9,52 \pm 3,54$, existe uma dispersão alta no resultados, visto apresentarem um coeficiente de variação de 37,8%. O valor médio encontrado nesta dimensão é ligeiramente superior no grupo etário igual ou superior a 35 anos.

Analisando a dimensão expressão de afetos, temos um valor mínimo de 2 e máximo de 12, com média de $10,23 \pm 1,75$. Comparando os dois grupos etários, podemos constatar que as médias obtidas são muito aproximadas.

Tabela 3 - Estatísticas das diferentes dimensões da escala de ajustamento conjugal em função da idade das puérperas

	n	Min.	Max.	Média	Dp	CV%
Consenso						
<=34 Anos	136	24,00	64,00	51,47	6,66	12,96
>=35 Anos	39	30,00	65,00	52,37	6,74	12,85
Total	175	24,00	65,00	51,67	6,63	12,83
Satisfação						
<=34 Anos	136	14,00	47,00	25,64	3,44	13,41
>=35 Anos	39	20,00	34,00	25,92	3,39	13,07
Total	175	14,00	47,00	25,90	3,42	13,20
Coesão						
<=34 Anos	136	2,00	18,00	9,45	3,54	37,43
>=35 Anos	39	3,00	21,00	9,79	3,68	37,56
Total	175	2,00	21,00	9,52	3,54	37,18
Expressão de Afeto						
<=34 Anos	136	2,00	12,00	10,23	1,75	17,14
>=35 Anos	39	5,00	12,00	10,24	1,82	17,80
Total	175	2,00	12,00	10,23	1,75	17,10

5.1.4. Caracterização da amostra relativamente à autoestima

Para analisar a Escala de Autoestima foram respeitadas as duas dimensões consideradas pelos autores. Podemos observar os dados obtidos da nossa amostra através da tabela 4.

No que respeita à dimensão *autoestima positiva*, o valor médio obtido foi de $13,50 \pm 1,26$, com um mínimo de 8 e um máximo de 18. Relativamente aos dois grupos etários constatamos que os valores médios obtidos são muito aproximados.

Na dimensão *autoestima negativa* temos um valor mínimo de 8 e máximo de 17, com média de $11,83 \pm 1,66$ na totalidade da amostra. O valor médio encontrado nesta dimensão é ligeiramente superior no grupo etário com idades iguais ou superiores a 35 anos.

Relativamente ao nível global de autoestima os valores verificamos um mínimo de 18 e um máximo de 33, sendo a média de $25,34 \pm 2,55$. Comparando os dois grupos

etários, a média obtida é, igualmente, ligeiramente superior no grupo etário com idades superiores ou iguais a 35 anos.

Tabela 4 - Estatísticas da autoestima em função da idade das puérperas

Autoestima	n.	Min.	Max.	Média	Dp	CV%
Autoestima – itens positivos						
<=34 Anos	136	8	18	13,50	1,28	9,48
>=35 Anos	39	11	16	13,51	1,19	8,81
Total	175	8	18	13,50	1,26	9,33
Autoestima – itens negativos						
<=34 Anos	136	8	17	11,79	1,68	14,25
>=35 Anos	39	9	15	12,00	1,62	13,50
Total	175	8	17	11,83	1,66	14,03
Autoestima global						
<=34 Anos	136	18	33	25,29	2,58	10,20
>=35 Anos	39	20	30	25,51	2,50	9,80
Total	175	18	33	25,55	2,55	9,99

5.2. ANÁLISE INFERENCIAL

No presente capítulo procedemos à análise inferencial dos dados obtidos tendo em mente as questões de investigação anteriormente definidas. Deste modo, procuramos verificar através dos testes estatísticos adequados se existem ou não relações significativamente estatísticas entre as variáveis.

Relação entre os grupos etários e o Ajustamento Conjugal da puérpera

Com a finalidade de verificar a relação estatística entre a idade e o ajustamento conjugal da puérpera aplicamos o teste U de Mann-Whitney. Verificamos pela análise das ordenações médias obtidas que os valores de consenso, satisfação, coesão, expressão de afetos e ajustamento conjugal são mais elevados nas puérperas pertencentes ao grupo etário com idade igual ou superior a 35 anos.

No entanto as diferenças não apresentam significância estatística ($p > 0,05$) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Teste U de Mann Whitney: associação entre os grupos etários e o ajustamento conjugal da puérpera

Idade Fatores	<=34 Anos	>=35 Anos	UM-W	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Consenso	86,17	94,37	2900,50	0,0372
Satisfação	85,83	91,16	2407	0,559
Coesão	87,13	91,03	2534	0,671
Expressão dos afetos	87,82	88,63	2627,500	0,928
Ajustamento Conjugal	84,88	94,54	2278,500	0,293

Relação entre o estado civil e o Ajustamento Conjugal

Tendo como finalidade estudar a relação entre o estado civil e o ajustamento conjugal da amostra, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney. Constatamos pelos valores das ordenações médias que o ajustamento conjugal, e as suas diferentes dimensões são superiores nas puérperas sem companheiro. No entanto este resultado apenas apresenta significância estatística no consenso ($p=0,029$) e no ajustamento conjugal ($p=0,002$), pelo que podemos afirmar que o estado civil influencia a dimensão coesão e o ajustamento conjugal da puérpera (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Teste U de Mann Whitney: associação entre os grupos do estado civil e o ajustamento conjugal da puérpera

Estado Civil Fatores	Sem companheiro	Com companheiro	UM-W	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Consenso	117,42	8564	670,50	0,029
Satisfação	95	86,35	936	0,546
Coesão	97,65	87,27	927,500	0,473
Expressão dos afetos	112,35	86,05	736,500	0,065
Ajustamento conjugal	128,92	83,59	495	0,002

Relação entre as habilitações literárias e o Ajustamento Conjugal

Com o intuito de estudar a associação entre as habilitações literárias e o ajustamento conjugal recorreremos ao teste não paramétrico de Kruskal Wallis.

Verificamos que o grupo de puérperas com ensino básico apresenta maiores médias de ajustamento conjugal, tais como nas dimensões consenso, coesão e expressão de afetos. As puérperas pertencentes ao grupo com ensino superior – pós graduado obtiveram ordenações médias mais elevadas para a dimensão satisfação do que as restantes puérperas. As diferenças estatísticas encontradas na dimensão consenso, expressão de afetos e no ajustamento conjugal são significativas, o que nos permite afirmar que a escolaridade da puérpera influencia estas dimensões e o ajustamento conjugal da puérpera (cf. tabela 7).

Tabela 7 - Teste de Kruskal Wallis: associação entre as habilitações literárias e o ajustamento conjugal da puérpera.

Hab. Literárias Fatores	Ensino Básico OM	Ensino Secundário OM	Ensino Superior OM	Ensino Pós Graduado OM	χ^2	p
Consenso	112,92	87,26	77,26	86,05		
Satisfação	89,56	85,26	85,79	98,45	0,733	0,865
Coesão	97,33	81,60	89,98	86,30	2,255	0,521
Expressão dos Afetos	104,28	92,78	75,46	90,10	8,485	0,037
Ajustamento Conjugal	114,19	86,15	75,13	88,90	13,028	0,005

Relação entre a situação laboral e o Ajustamento Conjugal

Para testar a relação entre a situação laboral e o ajustamento conjugal da puérpera recorreremos ao teste U de Mann-Whitney.

Pela análise da tabela 8 podemos constatar que as puérperas que se encontram em situação ativa apresentam médias superiores para o consenso e a coesão, por sua vez as que se encontram em situação inativa apresentam ordenações médias superiores de satisfação, expressão de afetos e ajustamento conjugal. As diferenças encontradas no consenso e no ajustamento são estatisticamente significativas, o que nos permite afirmar que a situação laboral afeta o consenso e o ajustamento conjugal.

Tabela 8 - Teste U de Mann Whitney: associação entre a situação laboral das puérperas e o ajustamento conjugal.

Situação Laboral Fatores	Inativa	Ativa	UM-W	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Consenso	82,50	100,87	2529,00	0,029
Satisfação	95,51	83,34	2703.50	0,140
Coesão	85,24	89,17	3054,50	0,638
Expressão de afetos	96,88	84,24	2736	0,122
Ajustamento conjugal	102,73	80,24	2328	0,007

Relação entre a zona de residência e o Ajustamento Conjugal

Com vista a testar a associação entre a zona de residência das puérperas e ajustamento conjugal recorreremos ao Teste *t* de Student para amostras independentes.

Através da observação da tabela 9, verificamos que as médias obtidas para o consenso, a coesão e o ajustamento conjugal são superiores nas puérperas que habitam em meio rural, enquanto que para a satisfação e a expressão de afetos apresentam médias mais elevadas no grupo de puérperas que residem no meio urbano. Contudo, não encontramos uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Tabela 9- Teste *t* de Student: associação entre a zona de residência e o ajustamento conjugal

Complicações Amamentação Fatores	Rural		Urbano		Levene (F)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Consenso	51,90	7,27	51,48	6,08	0,167	0,409	0,683
Satisfação	25,54	3,35	25,83	3,49	0,759	-0,562	0,575
Coesão	9,80	3,76	9,30	3,35	0,364	0,910	0,364
Expressão de afetos	10,19	1,83	10,26	1,70	0,911	-0,262	0,793
Ajustamento conjugal	97,43	7,84	96,86	7,64	0,604	0,629	0,484

Relação entre o número de Partos de Termo e o Ajustamento Conjugal

De modo a testar a relação entre o número de partos e o ajustamento conjugal da puérpera recorreremos ao teste de Kruskal Wallis.

Constata-se, pela análise da tabela 10 que as puérperas com dois ou mais partos de termo apresentam médias superiores para o consenso a satisfação e a expressão de afetos, as que integram o grupo com um parto de termo apresentam médias mais elevadas para a dimensão coesão e para o ajustamento conjugal. Ainda assim, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o número de partos de termo e o ajustamento conjugal.

Tabela 10 - Teste de Kruskal Wallis: associação entre o número de partos de termo e o ajustamento conjugal

Partos Termo Fatores	Zero partos de termo	Um parto de termo	Dois ou mais partos de termo	X ²	p
	OM	OM	OM		
Consenso	82,77	93,11	93,34	1,850	0,397
Satisfação	81,26	88,39	105,32	4,187	0,123
Coesão	88,13	90,50	80	0,716	0,699
Expressão de afeto	88,89	86,20	89,91	0,149	0,928
Ajustamento Conjugal	80,55	94,22	90,86	2916	0,233

Relação entre a existência de pré termo e o Ajustamento Conjugal

Tendo como finalidade estudar a relação entre a existência de pré termo e o ajustamento conjugal das puérperas da amostra, recorreremos ao teste U da Mann-Whitney.

Verificamos que as puérperas que referem não ter tido nenhum parto pré termo apresentam ordenações médias mais elevadas quer para o ajustamento conjugal como para as suas diferentes dimensões. No entanto não encontramos uma relação estatisticamente significativa entre a existência de partos pré termo e o ajustamento conjugal da puérpera (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Teste U de Mann Whitney: associação entre a existência de partos pré termo e o ajustamento conjugal da puérpera.

Partos Pré-Termo Fatores	Sem Partos Pré-Termo	Com Partos Pré-Termo	UM-W	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Consenso	88,46	74,92	428,50	0,519
Satisfação	87,45	74,42	425,50	0,528
Coesão	88,97	60,75	343,50	0,178
Expressão Afeto	88,84	64,33	365,00	0,232
Ajustamento Conjugal	87,88	62,42	353,50	0,220

Relação entre o Número de Abortos e o Ajustamento Conjugal

Para testar a associação entre o número de abortos e o ajustamento conjugal da puérpera aplicamos um teste U de Mann-Whitney.

Pela análise da tabela 12 podemos verificar uma tendência para médias superiores nas dimensões da escala, tal como para ao ajustamento conjugal nas puérperas q referem não ter antecedentes de aborto, com exceção da dimensão satisfação e expressão de afetos. Contudo não se observam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis.

Tabela 12 - Teste U de Mann Whitney: associação entre o número de abortos e o ajustamento conjugal

Fatores	Abortos	Sem abortos	Um ou mais abortos	UM-W	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Consenso		88,45	84,11	1343,00	0,731
Satisfação		86,49	91,65	1247	0,685
Coesão		89,83	72,03	1125,50	0,156
Expressão de Afetos		87,78	89,94	1378	0,860
Ajustamento Conjugal		87,98	78,03	1173,50	0,436

Relação entre o número de Filhos Vivos (prévios à gravidez / gravidez atual) e o Ajustamento Conjugal

De modo a verificar a relação entre o número de filhos vivos, prévios à gravidez e o ajustamento conjugal das puérperas utilizamos um teste *t* para amostras independentes.

Através da observação da tabela 13 verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em qualquer das dimensões do ajustamento conjugal, tal como no global da escala relativamente ao número de filhos anteriores à gravidez.

Podemos ainda constatar que as médias dos dois grupos estudados são muito aproximadas, sendo ligeiramente superiores para as puérperas que referem ter um filho anterior à gravidez, exceto na dimensão satisfação que é superior nas puérperas que referem ter dois ou mais filhos.

Tabela 13 - Teste *t* de Student: associação entre o número de filhos e o ajustamento conjugal

Número de filhos Fatores	Um filho		Dois ou mais filhos		Levene (F)	t	p
	Média	dp	Média	Dp			
Consenso	52,45	6,23	51,88	7,31	0,565	0,346	0,732
Satisfação	25,93	3,90	26,50	3,20	0,955	-0,712	0,480
Coesão	9,48	3,31	9,37	4,47	0,092	0,105	0,917
Expressão de Afetos	10,35	1,54	10,25	1,82	0,415	0,246	0,807
Ajustamento Conjugal	98,21	7,49	98	8,24	0,463	0,112	0,911

Relação entre os antecedentes obstétricos anómalos e o Ajustamento Conjugal

Para podermos compreender a relação entre a existência de antecedentes obstétricos anómalos e o ajustamento conjugal da amostra recorreremos a um teste U de Mann-Whitney.

Consoante o apresentado na tabela 14, verificamos que as puérperas com antecedentes anómalos apresentam maiores médias de satisfação, no entanto as restantes apresentam médias mais elevadas para o consenso, satisfação, expressão de afetos e o ajustamento conjugal. Porém, não se verificam diferenças estatisticamente significativas na relação entre as variáveis.

Tabela 14 - Teste U de Mann Whitney: associação entre os antecedentes obstétricos anómalos e o ajustamento conjugal.

Ant. Obstétricos Anómalos Fatores	Sem antecedentes	Com antecedentes	UM-W	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Consenso	89,06	82,41	1901,50	0,524
Satisfação	86,50	89,72	1897,50	0,757
Coesão	90,65	74,09	1668,50	0,111
Expressão de afetos	88,86	83,50	1932	0,599
Ajustamento conjugal	88,73	77,63	1718	0,289

Relação entre a Classificação da gravidez atual e o Ajustamento Conjugal

Tendo como objetivo estudar a associação entre a classificação da gravidez atual e o ajustamento conjugal recorreremos ao teste U-Mann Whitney. Deste modo verificamos que os maiores níveis de consenso, satisfação, coesão, expressão de afetos e ajustamento conjugal é apresentado pelas puérperas cuja gravidez atual foi considerada de risco, embora as diferenças encontradas não apresentem significância estatística (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Teste U de Mann Whitney: associação entre a classificação da gravidez atual e o ajustamento conjugal

Gravidez Atual Fatores	Normal	Risco	UM-W	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Consenso	86,97	91,11	2974,50	0,636
Satisfação	86,80	87,63	2724,50	0,925
Coesão	87,73	88,84	2802	0,900
Expressão de afetos	87,99	88,03	2836,50	0,996
Ajustamento conjugal	85,69	91,08	2579,50	0,543

Relação entre o Tipo de Parto e o Ajustamento Conjugal

Realizamos um teste t de student para amostras independentes, com a finalidade de podermos analisar a relação entre o tipo de parto e o ajustamento conjugal.

Através da análise da tabela 16, verificamos que as médias apresentadas para as diferentes dimensões e o ajustamento conjugal são superiores nas puérperas cujo parto foi eutócico, exceto na dimensão expressão de afetos cujas médias são iguais para ambos os grupos. No entanto, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Tabela 16 - Teste t de Student: associação entre o tipo de parto e o ajustamento conjugal

Número de filhos Fatores	Eutócico		Distócico		Levene	t	P
	Média	dp	Média	dp			
Consenso	51,78	6,67	51,57	6,62	0,799	0,217	0,829
Satisfação	25,77	3,87	25,64	2,99	0,258	0,237	0,816
Coesão	9,54	3,54	9,51	3,56	0,695	0,058	0,954
Expressão de afetos	10,23	1,82	10,23	1,70	0,853	0,002	0,998
Ajustamento conjugal	97,32	8,44	96,95	7,05	0,467	0,319	0,753

Relação entre a duração do Trabalho de Parto e o Ajustamento Conjugal

De modo a avaliar a relação entre a duração do trabalho de parto e o ajustamento conjugal utilizou-se um teste U de Mann Whitney. Observamos que à exceção da dimensão coesão, as médias de ajustamento conjugal encontradas foram

superiores no grupo que refere ter estado mais de 18 horas em trabalho de parto. Contudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 17 - Teste U de Mann Whitney: associação entre a duração do trabalho de parto e o ajustamento conjugal

Duração do Trab. Parto Fatores	Até 18 horas	>18 Horas	UM-W	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Consenso	86,63	94,90	2317,00	0,422
Satisfação	86,26	90,66	2194,00	0,664
Coesão	88,03	87,84	2112,50	0,986
Expressão de afetos	86,03	97,91	2404,50	0,237
Ajustamento conjugal	85,51	94,40	2302,50	0,383

Relação entre a experiência com o trabalho de parto e o Ajustamento Conjugal

Para analisar a relação do ajustamento conjugal e a experiência vivenciada com o trabalho de parto usou-se um teste U de Mann-Whitney.

Através da tabela 18 que as médias do consenso, satisfação, coesão e ajustamento conjugais são mais elevados nas puérperas que classificaram a sua experiência em relação ao trabalho de parto como muito boa/boa. No entanto as que referem ter tido uma experiência razoável/má apresentam maiores médias de expressão de afetos, porém as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Tabela 18 - Teste U de Mann Whitney: associação entre a experiência com o trabalho de parto e o ajustamento conjugal

Exp. Trab. Parto Fatores	Muito boa/boa	Razoável/má	UM-W	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Consenso	88,85	86,46	3407,50	,765
Satisfação	87,76	85,61	3331	0,785
Coesão	88,64	86,83	3430,50	0,820
Expressão de afetos	85,70	92,19	3243,50	0,406
Ajustamento conjugal	87,67	85,77	3341	0,811

Relação entre o sexo do recém-nascido e o Ajustamento Conjugal

De modo a verificar a relação entre sexo do recém-nascido e o ajustamento conjugal da amostra, foi realizado um teste t de Student para amostras independentes.

Analisando os resultados verificamos as puérperas que tiveram recém – nascidos do sexo masculino apresentam médias mais elevadas para as dimensões de consenso, satisfação, expressão de afetos e para o ajustamento conjugal, enquanto as pertencentes ao grupo que tiverem recém - nascidos do sexo feminino apenas apresentam médias superiores para a coesão. Apesar das diferenças observadas estas não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 19)

Tabela 19 - Teste t de Student: associação entre o sexo do recém – nascido e o ajustamento conjugal

Sexo do RN Fatores	Masculino		Feminino		Levene (F)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
Consenso	52,12	6,77	51,20	6,48	0,974	0,924	0,357
Satisfação	25,94	3,11	25,45	3,72	0,702	0,938	0,349
Coesão	9,35	3,40	9,71	3,69	0,873	-0,672	0,502
Expressão de afetos	10,40	1,75	10,05	1,75	0,823	1,354	0,178
Ajustamento conjugal	97,83	7,83	96,41	7,56	0,825	1,213	0,227

Relação entre o tipo de aleitamento e o Ajustamento Conjugal

Com a finalidade de testar a associação entre o tipo de aleitamento praticado e ajustamento conjugal das puérperas aplicou-se um teste de kruskall-wallis.

Verificamos que para as dimensões consenso, satisfação e expressão dos afetos as puérperas que praticam o aleitamento artificial apresentam ordenações médias mais elevadas, enquanto que o ajustamento conjugal e a coesão têm médias superiores nas puérperas que praticam o aleitamento misto. Contudo, não encontramos uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis (cf. Tabela 20).

Tabela 20 - Teste de Kruskal Wallis: associação entre o tipo de aleitamento e o ajustamento conjugal

Tipo de Aleitamento Fatores	Materno Exclusivo	Materno e Suplemento	Artificial	χ^2	p
	OM	OM	OM		
Consenso	87,30	88,95	93,44	0,143	0,931
Satisfação	86,93	86,73	89,17	0,19	0,991
Coesão	87,67	90,04	83,33	0,149	0,928
Expressão de afetos	85,23	93,94	99,39	1,464	0,481
Ajustamento conjugal	86,01	90,13	86,22	0,211	0,900

Relação entre as complicações com a amamentação e o Ajustamento Conjugal

Recorremos ao teste U de Mann-Whitney para testar a relação entre a presença ou ausência de complicações com a amamentação e o ajustamento conjugal.

Analisando a tabela 21, verificamos que as puérperas que tiveram complicações com a amamentação apresentam médias mais elevadas para a coesão e o ajustamento conjugal, enquanto que as puérperas que não tiveram complicações apresentam maiores médias no consenso, satisfação e expressão de afetos. Podemos ainda constatar diferenças estatisticamente significativas na dimensão consenso e no ajustamento conjugal, o que nos permite afirmar que a existência de complicações com a amamentação influencia o consenso e o ajustamento conjugal da puérpera.

Tabela 21 - Teste U de Mann Whitney: associação entre as complicações com a amamentação e o ajustamento conjugal

Comp. Amamentação Fatores	Sim	Não	UM-W	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Consenso	72,61	97,32	4612,50	0,002
Satisfação	83,88	88,93	3325	0,516
Coesão	95,94	83,52	3108,50	0,131
Expressão de afetos	83,84	90,52	3322,5	0,386
Ajustamento conjugal	72,38	96,02	2566	0,003

Relação entre o tipo de complicações com amamentação e o Ajustamento Conjugal

De modo a compreender a relação entre o tipo de complicações relacionadas com a amamentação e o ajustamento conjugal aplicou-se um teste de um teste de U-Mann Whitney.

Observamos, como consta na tabela 22, que as médias obtidas na dimensão consenso e no ajustamento conjugal são mais elevados nas puérperas com complicações relacionadas com os recém – nascidos. A satisfação e a expressão de afetos apresentavam maiores médias no grupo de puérperas que apresentou problemas com a amamentação relacionado com motivos maternos. Relativamente à coesão verificou-se uma semelhança entre os níveis obtidos.

Não encontramos, contudo, uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Tabela 22 - Teste U de Mann Whitney: associação entre o tipo de complicações com a amamentação e o ajustamento conjugal

Comp. Amamentação Tipo Fatores	Relacionadas com o RN	Complicação Materna	UM-W	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Consenso	34,75	27,88	391,50	0,261
Satisfação	33,35	34,17	316,00	0,893
Coesão	33,49	33,54	323,50	0,993
Expressão Afeto	32,85	36,42	289,00	0,552
Ajustamento Conjugal	34,15	30,58	359,00	0,560

Regressão Multipla entre Idade, autoestima e ajustamento conjugal – consenso

Para verificar a relação entre as variáveis independentes, autoestima e idade, e o ajustamento conjugal no puerpério recorreremos à análise de regressão múltipla. Este teste estatístico é aplicado quando se pretende analisar simultaneamente uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes.

Na tabela 23 são apresentadas as correlações entre a dimensão consenso e as variáveis independentes. Verificamos que os valores correlacionais obtidos foram de magnitude linear muito baixa, tendo-se observado que não existem correlações significativas nas variáveis independentes com o consenso da escala de ajustamento conjugal.

Tabela 23 - Correlação de Pearson entre a idade, autoestima e o consenso no ajustamento conjugal, no puerpério

Variáveis independentes	r	r ²	p
Idade	-0,023	0,001	0,379
Autoestima positiva	0,048	0,002	0,266
Autoestima negativa	-0,001	0,000	0,493
Autoestima global	0,023	0,001	0,383

Efetuada a regressão linear múltipla, apresentada na tabela 24, verificamos que nenhuma das variáveis independentes é preditora da dimensão consenso da escala do ajustamento conjugal.

Tabela 24 - Regressão linear múltipla entre a autoestima positiva, autoestima negativa, idade e o consenso no ajustamento conjugal

Variável Dependente – Ajustamento Conjugal - Consenso					
R= 0,061 R ² =0,004 R ² ajustado= - 0,014 Erro padrão de estimativa= 6,67 Incremento R ² = 0,004 F= 0,210 p= 0,889					
Coeficientes					
Variável Independente	Coef. β	Coef. Padronizado β	t	p	Colinearidade VIF
Autoestima positiva	0,344	0,065	0,73	0,47	1,37
Autoestima negativa	-0,136	-0,034	-0,38	0,70	1,37
Idade	-0,030	-0,022	-0,29	0,77	1,00
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	28,07	3	9,357	,210	0,889
Residual	7612,71	171	44,519		
Total	7640,78	174			

Regressão múltipla entre a idade, autoestima e a dimensão satisfação

A correlação de Pearson entre as variáveis independentes e a dimensão satisfação do ajustamento conjugal revelam correlações fracas não significativas, sendo negativas para a idade e autoestima positiva e positivas para a autoestima

negativa e global, o que nos permite afirmar que as puérperas mais jovens e com autoestima negativa apresentam maior satisfação (cf. Tabela 25).

Tabela 25 - Correlação de Pearson entre a idade, autoestima e a satisfação no ajustamento conjugal, no puerpério

Variáveis Independentes	r	r ²	p
Idade	-0,056	0,003	0,233
Autoestima positiva	-0,019	0,000	0,401
Autoestima negativa	0,074	0,005	0,167
Autoestima global	0,039	0,002	0,307

Entretanto pela regressão linear múltipla verificamos que a autoestima negativa é aquela que apresenta maior influência na satisfação, apresentando um coeficiente padronizado β de 0,118, contra o valor de -0,079 e -0,062 respectivo à autoestima positiva e idade.

Embora se tenham verificado as correlações anteriormente referidas face ao valor do seu nível de significância estas não apresentam qualquer significância estatística, não sendo as variáveis independentes predictoras da satisfação no ajustamento conjugal (cf. Tabela 26).

Tabela 26 - Regressão linear múltipla entre a autoestima positiva, autoestima negativa, idade e a satisfação no ajustamento conjugal

Variável Dependente – Ajustamento Conjugal - Satisfação					
R= 0,117					
R ² =0,014					
R ² ajustado=-0,004					
Erro padrão de estimativa=3,429					
Incremento R ² =0,014					
F=0,781					
p= 0,506					
Coeficientes					
Variável Independente	Coef. β	Coef. Padronizado β	t	p	Colinearidade VIF
Autoestima positiva	-0,215	-0,079	-0,89	0,36	1,36
Autoestima negativa	0,243	0,118	1,32	0,19	1,36
Idade	-0,044	-0,062	-0,81	0,42	1,00
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p

Regressão	27,53	3	9,177	0,781	0,506
Residual	1986,84	169	11,756		
Total	2014,37	172			

Regressão múltipla entre a idade, autoestima e a dimensão coesão

Perante a análise da correlação de Pearson entre as variáveis independentes e a coesão verificamos que as correlações obtidas são ínfimas e não significativas, sendo positivas para a idade e a autoestima negativa. Assim, podemos afirmar que as puérperas mais velhas e com autoestima negativa são as que apresentam maior coesão no ajustamento conjugal (cf. Tabela 27).

Tabela 27- Correlação de Pearson entre a idade, autoestima e a coesão no ajustamento conjugal, no puerpério

Variáveis Independentes	r	r ²	p
Idade	0,006	0,000	0,486
Autoestima positiva	-0,052	0,003	0,248
Autoestima negativa	0,009	0,000	0,453
Autoestima global	-0,020	0,000	0,398

Através da interpretação da regressão linear múltipla constatamos que a variável que mais influencia a dimensão coesão do ajustamento conjugal é a autoestima positiva, no entanto perante os níveis de significância observados esta correlação não apresenta significância estatística, logo as variáveis independentes não são preditoras da variável coesão (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Regressão linear múltipla entre a autoestima positiva, autoestima negativa, idade e a coesão no ajustamento conjugal

Variável Dependente – Ajustamento Conjugal – coesão

R= 0,067
R²=0,004
R² ajustado=-0,013
Erro padrão de estimativa=3,56
Incremento R²=0,004
F= 0,256
p= 0,857

Coeficientes					
Variável Independente	Coef. β	Coef. Padronizado β	t	p	Colinearidade VIF
Autoestima positiva	-0,217	-0,077	-0,87	0,388	1,366
Autoestima negativa	0,104	0,049	0,55	0,586	1,369
Idade	0,003	0,004	0,05	0,959	1,003

Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	9,743	3	3,248	0,256	0,857
Residual	2171,89	171	12,701		
Total	2181,63	174			

Regressão múltipla entre idade, autoestima e a dimensão expressão de afetos

As correlações obtidas pela correlação de Pearson entre as variáveis independentes em estudo e a dimensão expressão dos afetos são igualmente fracas e não significativas, sendo apenas positivas para a autoestima positiva, o que nos possibilita afirmar as puérperas com maior cotação relativa à autoestima positiva apresentam maior expressão de afetos (cf. Tabela 29).

Tabela 29 - Correlação de Pearson entre a idade, autoestima e a expressão de afetos no ajustamento conjugal, no puerpério

Variáveis independentes	r	r ²	p
Idade	-0,002	0,000	0,488
Autoestima positiva	0,044	0,002	0,282
Autoestima negativa	-0,040	0,002	0,299
Autoestima global	-0,004	0,000	0,477

Interpretando os resultados na regressão linear múltipla verificamos que a variável que apresenta maior influência na dimensão expressão de afetos é a autoestima positiva e a apresenta menor influencia é a idade, contudo nenhuma das variáveis estudadas apresenta significância estatística não sendo preditoras da expressão de afetos (cf. Tabela 30)

Tabela 30 - Regressão linear múltipla entre a autoestima positiva, autoestima negativa, idade e a expressão de afetos no ajustamento conjugal

Variável Dependente – Ajustamento Conjugal – Expressão de Afetos					
R= 0,086 R ² =0,007 R ² ajustado=-0,010 Erro padrão de estimativa=1,762 Incremento R ² = 0,007 F=0,421 p= 0,738					
Coeficientes					
Variável Independente	Coef. β	Coef. Padronizado β	t	p	Colinearidade VIF
Autoestima positiva	0,123	0,088	0,99	0,322	1,366
Autoestima negativa	-0,090	-0,086	-0,96	0,337	1,369
Idade	0,001	0,002	0,022	0,982	1,003
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	3,920	3	1,307	0,421	0,738
Residual	530,94	171	3,105		
Total	534,86	174			

Regressão Múltipla entre idade, autoestima e ajustamento conjugal

Analisando os dados obtidos na correlação de Pearson entre as variáveis independentes idade, autoestima positiva, autoestima negativa e autoestima global e o ajustamento conjugal verificamos que as correlações reveladas são ínfimas e não significativas, sendo positivas para a autoestima e suas diferentes dimensões, o que nos permite afirmar que quanto mais elevados forem os níveis de autoestima apresentados pela puérpera maior será o ajustamento conjugal vivenciado (cf. Tabela 31).

Tabela 31 - Correlação de Pearson entre a idade, autoestima e o ajustamento conjugal, no puerpério

Variáveis Independentes	r	r ²	p
Idade	-0,043	0,002	0,287
Autoestima positiva	0,019	0,000	0,401
Autoestima negativa	0,027	0,001	0,361
Autoestima global	0,027	0,001	0,361

Pela regressão linear múltipla entre as variáveis independentes e o ajustamento conjugal constatamos que a idade é aquela que apresenta maior influencia na variável dependente, no entanto perante os valores do nível de significância verificados, conforme apresentado na tabela 32, podemos constatar que as variáveis independentes não são preditoras do ajustamento conjugal.

Tabela 32 - Regressão linear múltipla entre a autoestima positiva, autoestima negativa, idade e o ajustamento conjugal

Variável Dependente – Ajustamento Conjugal					
R= 0,053 R ² =0,003 R ² ajustado=-0,015 Erro padrão de estimativa=7,77 Incremento R ² =0,003 F=0,156 p= 0,926					
Coeficientes					
Variável Independente	Coef. β	Coef. Padronizado β	t	p	Colinearidade VIF
Autoestima positiva	0,036	0,006	0,07	0,948	1,357
Autoestima negativa	0,124	0,027	0,30	0,765	1,361
Idade	-0,071	-0,045	-0,58	0,563	1,004
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	28,265	3	9,422	0,156	0,926
Residual	10204,19	169	60,380		
Total	10232,45	172			

6. DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados torna-se essencial a sua interpretação, pelo que neste capítulo será apresentada a reflexão sobre o estudo efetuado, realçando os dados mais significativos e confrontando-os com a revisão da literatura.

6.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Os procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo foram ao encontro dos objetivos anteriormente delineados e das características da amostra selecionada, tendo sido eleito o questionário como instrumento de recolha de dados.

Como o questionário foi auto aplicado, não houve necessidade da presença da investigadora no preenchimento dos mesmos. Os resultados obtidos dependem da honestidade e sinceridade das participantes, face a um tema que muitas vezes é respondido em função dos comportamentos desejados e não ao que realmente sucede.

Como o estudo realizado é quantitativo em corte transversal apenas avalia o fenómeno em estudo no momento da investigação, obtendo dados imediatos e utilizáveis, sendo menos abrangente do que um estudo longitudinal, que iria permitir a recolha de dados de forma periódica no mesmo grupo de participantes, avaliando as mudanças relativas às variáveis de forma cronológica (Fortin, 2009).

No entanto, face às limitações da investigação considera-se que os resultados obtidos permitem adquirir um conhecimento mais real do ajustamento conjugal e da autoestima das puérperas referentes à amostra selecionada.

6.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As principais variáveis em estudo foram o ajustamento conjugal e a autoestima das puérperas. No entanto, perante toda a literatura consultada, tornou-se fundamental focar nesta discussão as outras variáveis em estudo, tendo em conta os resultados considerados mais pertinentes.

A amostra em estudo é composta por 175 participantes, cujas idades variam entre os 17 e os 47 anos, sendo a média de idades de 31,21 anos com um desvio padrão de 4,81. Para conseguir uma melhor análise da amostra, foram construídos

dois grupos etários, um com idade igual ou inferior a 34 anos e outro com idade igual ou superior a 35 anos.

Face aos dados obtidos pode observar-se que 77,7% das puérperas da amostra se inserem no grupo etário inferior ou igual a 34 anos o que vai contra a ideia partilhada por Barros, em 2009, que defende que cada vez mais a mulher adia a opção da maternidade, tomando a decisão de ser mãe maioritariamente em idades mais tardias.

No que refere ao estado civil, dividiu-se a amostra em dois grandes grupos, as que vivem sem companheiro (as puérperas solteiras, separadas/ divorciadas e viúvas) que representam 7,4% da amostra contra as que habitam com companheiro (casadas ou em união de facto). No entanto pode verificar-se que apenas as puérperas do grupo etário mais jovem, n=13, refere não ter companheiro, não havendo nenhuma no restante grupo que o assumisse.

Para facilitar a análise das habilitações literárias da amostra, foram constituídos quatro grupos, tendo-se verificado uma pequena diferença entre a percentagem de puérperas que refere ter concluído o ensino secundário, 37,1%, e as que concluíram o ensino superior, 38,9%. Pode ainda constatar-se que o grupo menos representativo foi o das puérperas com 35 ou mais anos, que refere ter concluído o ensino pós – graduado, com uma percentagem de 5,1% e um n= 2.

Relativamente à situação laboral dividiu-se a amostra em dois grupos, as em situação ativa (empregadas a tempo completo, empregada em tempo parcial, trabalhadoras independentes) e em situação inativa ou seja desempregadas. Verificou-se que apesar da realidade social apresentada no nosso país a maioria da amostra, 70,3%, se encontra em situação ativa.

No momento de recolha dos dados, obteve-se uma amostra com um elevado número de profissões diferentes, de modo a facilitar a análise dos dados optou-se por dividir as puérperas pelos grupos apresentados na Classificação Portuguesa das Profissões 2010, apresentado pelo INE em 2011. Apurou-se que a maioria das puérperas, 35,4%, se enquadra no grupo das profissões das especialistas das atividades intelectuais e científicas.

Quanto à zona de residência observou-se uma semelhança entre a amostra, embora a maioria das puérperas com idade superior ou igual a 35 anos referisse residir em zona urbana.

Em relação à paridade constatou-se que metade da amostra obtida eram primíparas e apenas 12,6% refere ter dois ou mais filhos, corroborando com a ideia de

Leal (2005) que afirma que cada vez mais a mulher opta por ter um menor número de filhos.

Relativamente aos antecedentes obstétricos anteriores à gravidez atual decidiu-se dividir a amostra entre com antecedentes anómalos, onde se inseriram os antecedentes relativos a partos pré- termo, abortos, mortes fetais e gravidezes ectópicas e as puérperas sem antecedentes. Verificou-se que apenas 16% da amostra refere ter antecedentes anómalos, sendo esta realidade uniformemente distribuída pelos diferentes grupos etários.

Quanto à classificação da gravidez contactou-se que a maioria da amostra, 75,4%, refere ter uma gravidez classificada como normal. Das 24,6% das puérperas que afirmam ter tido uma gravidez considerada de risco, a maioria, 78,6%, justifica este facto com patologia surgida na gravidez. Uma vez que 9 em cada 10 puérperas com idade igual e superior a 35 anos refere ter uma patologia surgida na gravidez, pode-se corroborar com as palavras de Lowdermilk e Perry (2006), que defendem que após os 35 anos aumenta o risco de surgir uma patologia associada à gravidez.

No que concerne ao tipo de parto atual verificou-se que a amostra se distribuiu de forma muito semelhante, havendo uma pequena maioria de 52,6% de partos distócicos (fórceps, ventosa e cesariana).

Quanto à sua duração observou-se que 83,4% afirma ter estado até 18h em trabalho de parto, sendo esta a marca apontada pela FAME em 2006 como o tempo máximo para considerar um trabalho de parto normal. Perante a prática de episiotomias constatou-se que estas foram praticadas em metade da mostra, 49,7%. Enquanto 81,7% refere não ter sofrido laceração durante o parto. Quanto à classificação efetuada pelas puérperas em relação à sua experiência do parto, 64,6% da amostra considera ter tido uma experiência muito boa/ boa, resultado este que pode ter surgido devido à baixa duração do trabalho de parto e à baixa percentagem de lacerações como já foi referido anteriormente.

No que respeita à amamentação verificou-se, uma prevalência da prática do aleitamento materno, 71,4% em detrimento dos 23,4% do aleitamento misto e dos 5,1% do aleitamento artificial, sendo que apenas 37,7% da mostra refere ter tido complicações com a amamentação. Das complicações apresentadas a maioria foi identificada como sendo de origem materna onde se inseriu a mastite, a presença de gretas, a congestão/ ingurgitamento mamário entre outras.

Perante os resultados obtidos na Escala de Ajustamento Conjugal constatou-se, que a média dos níveis de ajustamento apresentados pelas puérperas, se situa em

96,79±7,98, no grupo etário igual ou inferior a 34 anos, e no superior ou igual a 35 uma média de 98,32±6,65, o que significa que em média a amostra apresentou níveis de ajustamento conjugal inferior a 101. Em conformidade com a avaliação sugerida por Spanier (1976), e com os dados obtidos, a amostra é classificada como desajustada no relacionamento conjugal. Esta realidade é corroborada com os estudos apresentados por Twenge, Campbell e Foster (2003), uma vez que estes afirmam que o sentimento de declínio da relação conjugal, após o nascimento de um filho, começa a ser percebida pela mulher logo durante a fase do puerpério.

Os estudos relativos à escala estudada diz-nos que esta se encontra dividida em 4 dimensões: o consenso, a Satisfação, a Coesão e a Expressão de Afetos (Gomez & Leal, 2008; Hernandez, 2008; Scorsolini-Comin & Santos, 2009)

Assim relativamente ao consenso Perlin (2006), englobou a concordância do casal referente aos valores e normas sociais, organização da vida laboral e doméstica, e outros aspetos que remetem para a diversidade de adaptações a que ambos os membros de um casal estão sujeitos na vida conjugal. Através das médias obtidas podemos verificar que os níveis médios de consenso é muito semelhante nos dois grupos etários ($\bar{X}=51,47\pm6,66$ e $\bar{X}=52,37\pm6,74$, respetivamente). Interpretando as médias obtidas, em comparação ao score máximo de 65, que se pode obter nesta dimensão, constatou-se que os níveis médios de consenso apresentados pelas puérperas é elevado, atestando a ideia que após o nascimento de um recém-nascido apesar da discórdia entre o casal aumentar, aumentam também as discussões de forma saudável e a organização da vida pessoal de cada elemento em função das necessidades da sua família, havendo uma grande união entre o casal (Alves, 2009; Conceição, 2009; Mendes 2009; Menezes, 2008).

A satisfação é a dimensão referente à perceção da confiança, bem-estar, felicidade e compromisso com o outro elemento do relacionamento conjugal, estando ainda presente a noção que cada um apresenta acerca da possibilidade de separação (Hernandez, 2008). Na amostra apurou-se que os níveis médios apresentados por ambos os grupos etários são bastantes semelhantes, $\bar{X}=25,64\pm3,44$, no grupo etário com idades iguais ou inferiores a 34 e $\bar{X}=25,92\pm3,39$ no grupo superior ou igual a 35 anos. Sendo 50 o score máximo que se pode obter nesta dimensão verificou-se pelas médias apresentadas, que a satisfação referente à amostra é média, contrariando os estudos realizados por Mendes (2009) que defendem que na fase do puerpério o casal apresenta elevados níveis de satisfação, existindo o sentimento de felicidade por estarem a construir uma família. Por seu lado Alves (2009) refere que é nesta fase do puerpério que o casal manifesta baixos níveis de satisfação devido à diminuição do

bem – estar decorrente de todas as alterações conjugais inerentes ao nascimento de um filho.

A dimensão coesão refere-se essencialmente ao sentimento de união vivenciado por ambos, estando abrangidas as questões relativas a envolvimento em atividades extrafamiliares juntos, troca de ideias estimulantes e o trabalharem juntos num projeto (Scorsolini-Comin e Santos, 2009). Na amostra recolhida as médias apresentadas para esta dimensão é muito idêntica em ambos os grupos etários ($\bar{X}=9,45\pm 3,54$ e $\bar{X}= 9,79\pm 3,68$ Respetivamente). Perante o score máximo de 24 que poderia ter sido obtido, considera-se que os níveis médios de coesão apresentados são baixos, contrariamente ao que é defendido por Alves (2009) que afirma que durante o período do puerpério um casal apresenta elevados níveis de coesão. Este valor pode ser justificado pela ideia transmitida q por Bertoletti (2007), referindo que após o nascimento de uma criança a mulher sente-se sobrecarregada, com a noção de não ter tempo para se envolver em atividades ou projetos que não sejam relativos aos cuidados ao seu filho.

Por fim a dimensão expressão de afetos engloba a perceção e concordância do casal relativo à demonstração de afetos, sentimentos de falta de amor e às relações sexuais (Hernandez & Hutz, 2008). Perante os dados obtidos podemos verificar que a média obtida nos diferentes grupos etários é bastante elevada ($\bar{X}=10,23\pm 1,75$ e $\bar{X}=10,24\pm 1,82$, respetivamente), uma vez que o score máximo de expressão de afetos que se poderia obter na escala é de 12. Estes resultados vão contrapor as ideias defendidas por diferentes autores que afirmam que a expressão de afetos entre os elementos do casal durante a fase do puerpério é cada vez menor, havendo uma diminuição do envolvimento emocional e por consequência uma diminuição da frequência da atividade sexual. (Alves, 2009; Branden, 2000; Menezes,2008; Prata, 2009).

No concerne à interpretação da Escala da Autoestima constatou-se que a média dos scores apresentados pelas puérperas em estudo é bastante semelhante nos dois grupos etários, sendo de $25,29\pm 2,58$ em idades inferiores ou iguais a 34 anos e $25,51\pm 2,50$ em idades superiores a 35 anos. Segundo Souza e Ferreira (2005) o facto de ser mãe aumenta a autoestima feminina, no entanto a sua adaptação à maternidade pode não ser uma tarefa fácil, consequentemente na fase do puerpério os níveis referidos pela mulher irão ser mais reduzidos. Ainda relativo a esta realidade Fraser e Cooper (2010) referem que a diminuição dos níveis de autoestima no puerpério são transitórios, estando associados ao aumento de dúvidas e às crescentes crises de confiança que a mulher irá vivenciar. No entanto perante os dados obtidos

no presente estudo não se podem atestar as ideias apresentadas pelos diferentes autores, uma vez que não eram conhecidos os scores de autoestima da amostra na fase anterior ao puerpério.

Quando foi estudada a relação entre a idade das puérperas e o ajustamento conjugal, pode-se constatar que os níveis mais elevados foram verificados pelas puérperas com 35 ou mais anos, no entanto nenhuma das diferenças verificadas apresentou significância estatística. Os resultados obtidos levam-nos a afirmar que a idade não influencia o ajustamento conjugal e as suas diferentes dimensões, contrapondo os resultados obtidos em 2008 por Alves, que nos demonstra que a idade e a satisfação conjugal são inversamente proporcionais, à medida que uma aumenta em consequência a outra iria diminuir. Ainda relativo a este tema Menezes (2008) afirma que à medida que a idade vai aumentando o ajustamento entre o casal vai sendo crescente.

No que respeita o estado civil das puérperas, Menezes (2008) afirma que a coabitação dos diferentes elementos do casal vão favorecer o relacionamento conjugal. Por sua vez Inácio (2013) acrescenta ainda que este fator aumenta o ajustamento e a satisfação da mulher relativa à sua conjugalidade, uma vez que lhe permite acreditar numa duração mais duradoura e perspetivar um futuro mais feliz para a sua união. No entanto, interpretando os dados recolhidos para o presente estudo, constatou-se através das ordenações médias relativas à influência do estado civil no ajustamento conjugal, que as mulheres que referem não ter companheiro (solteiras, separadas/divorciadas ou viúvas) apresentam maiores níveis de ajustamento conjugal, com uma ordenação média de 128,92, tal como nas suas diferentes dimensões. Estas diferenças são estatisticamente significativas, uma vez que a relação com o ajustamento conjugal apresenta um nível de significância de 0,002 e com o consenso 0,029, demonstrando que o estado civil é preditor do ajustamento conjugal e do consenso entre os elementos do casal.

De forma a justificar os dados obtidos podemos ter em mente as palavras de Jose e Alfons (2007), que defendem que o compromisso/ coabitação entre o casal apenas contribuí para a duração do relacionamento, não sendo este um significado de satisfação nem de elevados níveis de ajustamento conjugal.

Segundo alguns estudos consultados constatou-se que as habilitações literárias era uma variável preditora do Ajustamento conjugal em especial após o nascimento de um filho (Bortoletti et al, 2013; Heaton,2002; Menezes, 2008; Scorsolini-

Comin & Santos, 2010), contrariando esta noção Alder (2010) e Inácio (2013) referem que não existe qualquer influência do nível de escolaridade no ajustamento conjugal.

Perante a amostra estudada constatou-se através das ordenações médias obtidas por um teste de Kruskal Wallis, que as puérperas com o ensino básico apresentam um consenso e ajustamento conjugal superiores à restante amostra, contrariando os estudos de Menezes (2008) que referem que quanto maior forem as habilitações literárias maior será o ajustamento conjugal apresentado pela puérpera. Ainda tendo em mente as palavras de Bortoletti et al (2007), durante a fase do puerpério as mulheres mais cultas são mais informadas acerca das alterações a que estas vão estar sujeitas, aceitando com maior naturalidade o que eu vai favorecer a expressão de afetos, onde se inclui o reinício da atividade sexual, comparativamente às restantes puérperas. No entanto perante os resultados obtidos no presente estudo esta noção é contrariada uma vez que as puérperas com ensino superior e pós graduado apresentam menores níveis de expressão de afetos.

Interpretando os níveis de significância apresentados para estas variáveis podemos afirmar que as habilitações literárias são preditoras do ajustamento conjugal ($p=0,005$), tal como para as dimensões do consenso e expressão de afetos.

Em 2007, Jose e Alfons referem nos seus estudos que a situação laboral é uma situação determinante para o aumento da satisfação e ajustamento conjugal da puérpera, uma vez que este vai aumentar o empoderamento sentido pela mulher face à sua vida. Ainda acerca desta variável Menezes (2008) afirma que mulheres pertencendo a uma baixo estatuto social, especialmente as que apresentam baixos recursos económicos ou que se encontram em situação de desemprego, irão apresentar menor ajustamento conjugal, uma vez que se sentem diminuídas perante o seu companheiro. Face ao anteriormente citado, com a interpretação dos dados obtidos no estudo como o ajustamento conjugal e suas dimensões variavam em função da situação laboral da amostra, constatou-se que relativamente ao consenso as mulheres em situação ativa apresentam maiores ordenações médias, sendo esta diferença estatisticamente significativa, no entanto perante o ajustamento conjugal verificaram-se ordenações médias mais elevadas nas puérperas em situação de desemprego, apresentando esta diferença um nível de significância de 0,007.

No que concerne à zona de residência das puérperas verificou-se que nenhuma das diferenças encontradas entre as puérperas que residem em meio urbano e as que residem em meio rural apresentam significância estatística, logo esta variável não é preditora nem do ajustamento conjugal nem das suas diferentes dimensões.

A realidade do nascimento do primeiro filho é reconhecida por diferentes autores como sendo um fator que irá influenciar de forma bastante negativa o relacionamento conjugal, verificando-se níveis baixos de ajustamento durante a fase do puerpério (Alves, 2008; Canavarro, Leal e Soares, 2001; Conceição, 2009; Gomes 2009; Inácio 2013; Menezes, 2008; Scorsolini-Comin & Santos, 2010). Leal (2005) chega mesmo a afirmar que o nascimento do primeiro filho vai provocar uma desorganização no equilíbrio já existente entre o casal. Branden (2008) por sua vez refere que a maior alteração verificada com o nascimento do primogénito se verifica na expressão de afetos entre os cônjuges, uma vez que estes vão estar centrados no carinho dedicado ao filho esquecendo-se muitas vezes do seu companheiro. Ainda corroborando com estas ideias, Menezes (2008) conclui na sua investigação que o nascimento do primeiro filho é o maior fator de instabilidade que um casal vivencia, levando a uma diminuição drástica no ajustamento conjugal, havendo uma diminuição da intimidade entre ambos e a um aumento crescente de conflitos.

No entanto, pela interpretação dos dados obtidos no estudo da nossa amostra, verifica-se através dos níveis de significância obtidos pelo número de partos de termo, que estes não apresentam relações estatisticamente significativas, não influenciando o ajustamento conjugal nem as suas diferentes dimensões. Relembrando ainda que metade do número das puérperas em estudo refere ser primípara.

Em relação ao estudo da influência do número de abortos e da existência de partos pré – termo no ajustamento conjugal, durante o período do puerpério, verificou-se que as diferenças encontradas não apresentam significância estatística, o que nos atesta que estas variáveis não influenciam os níveis de ajustamento conjugal, nem nas suas diferentes dimensões.

Segundo vários autores as adaptações inerentes à parentalidade vão influenciar de forma negativa a satisfação e ajustamento conjugal, havendo uma diminuição acentuada da expressão de afetos entre os cônjuges (Alves, 2008; Branden, 2000; Conceição, 2009; Gomes, 2009; Inácio, 2013; Scorsolini-Comin & Santos, 2010). No entanto Gomes (2009) defende que a chegada do segundo e o terceiro filho não têm tanto impacto nos níveis de ajustamento conjugal como o primogénito, chegando mesmo Inácio (2013) a afirmar nos seus estudos que o número de filhos de um casal é inversamente proporcional aos níveis da satisfação conjugal sentida entre ambos. Com a finalidade de estudar como o número de filhos influenciava os níveis de ajustamento conjugal realizou-se um Teste t para amostras independentes, obtendo-se médias muito semelhantes para os dois diferentes grupos, não apresentando as diferenças encontradas qualquer significância estatística.

Outra variável apontada por Alves (2009) como sendo preditora do ajustamento conjugal na fase do puerpério é a existência de um mau passado obstétrico, uma vez que a mulher tendo presente as más experiências que viveu vai diminuir a sua expressão de afetos e como tal diminuir os níveis de ajustamento conjugal. Perante a interpretação do Teste U de Mann Whitney efetuado para compreender o modo como o ajustamento conjugal da amostra recolhida variava em função da presença de antecedentes obstétricos anómalos verificou-se que as ordenações médias de ajustamento e das dimensões de consenso, coesão e expressão de afetos eram mais altas na puérperas sem antecedentes anómalos, contrariamente à dimensão satisfação que era superior nas puérperas que referem antecedentes obstétricos anómalos, no entanto nenhuma das diferenças encontradas apresenta significância estatística.

Para conhecer a relação da influência do tipo de parto com o ajustamento conjugal, realizou-se um Teste- *t* de *Studente*. Os dados empíricos obtidos demonstram que os níveis das diferentes dimensões da escala estudada apresentam médias muito semelhantes, havendo uma pequena diferença nos níveis de ajustamento conjugal entre as mulheres com parto eutócico ($\bar{X} = 97,32 \pm 8,44$) e as com parto distócico ($\bar{X} = 96,95 \pm 7,05$). Esta diferença poderia ser corroborada pelos estudos efetuados por Conceição (2009), uma vez que demonstram que o parto distócico é uma variável que afeta negativamente o ajustamento conjugal da puérpera, no entanto não o podemos afirmar visto que as diferenças encontradas no presente estudo não apresentam significância estatística.

No que respeita ao modo como a vivência do trabalho de parto influencia o ajustamento conjugal constatou-se através de um teste U de Mann Whitney que existem diferenças nas ordenações médias, da qual se destaca a dimensão de afetos. Esta apresenta valores mais elevados nas puérperas que caracterizam a sua experiência do trabalho de parto como razoável/ má, o que viria contradizer os estudos de Gomes (2009), uma vez que demonstram que mulheres cuja experiência com o trabalho de parto seja negativa, iria influenciar negativamente o seu ajustamento conjugal e diminuir a expressão de afetos, onde se enquadra a sua vida sexual. No entanto não podemos afirmar que a duração do trabalho de parto influenciou o ajustamento conjugal da amostra das puérperas em estudo, uma vez que as diferenças observadas não apresentam significância estatística.

Atualmente a política de promoção e defesa do aleitamento materno é uma realidade transversal a todas as instituições de saúde, uma vez que a amamentação

acarreta inúmeras vantagens para a mãe, para o recém-nascido e para a saúde pública no geral. No entanto Conceição (2009) e Mendes (2009) nas suas investigações constataam que as puérperas que praticam o aleitamento materno exclusivo apresentam menores níveis de satisfação conjugal, uma vez que as necessidades de intimidade destas são preenchidas pelo contacto pele a pele que praticam com os seus filhos. Branden (2000) acrescenta ainda que na fase do puerpério uma mãe que amamenta reserva as suas atenções e preocupações para as necessidades apresentadas pelo seu filho, esquecendo-se das necessidades do seu companheiro.

Perante a realidade citada anteriormente verificou-se através de um teste de Kruskal Wallis que as puérperas, pertencentes à amostra estudada no presente estudo e afirmam praticar o aleitamento materno exclusivo, apresentam ordenações médias inferiores nas dimensões do consenso, expressão de afetos e no ajustamento conjugal em relação às que mencionam praticar o aleitamento misto ou artificial. Os valores obtidos viriam contradizer Alves (2008) que defende que os níveis de ajustamento conjugal é superior nas puérperas que amamentam uma vez que estas sentem um aumento do seu erotismo e sensualidade decorrente das suas modificações corporais progressivas após o parto em especial com o aumento do volume das suas mamas. No entanto como os valores obtidos não apresentam significância estatística, não se pode afirmar que o tipo de aleitamento é preditor do ajustamento conjugal.

Ainda em relação à amamentação após a realização de um teste U de Mann Whitney constatou-se que o consenso e o ajustamento conjugal é superior nas puérperas que não apresentaram complicações relativas à amamentação, sendo estas diferenças bastante significativas estatisticamente. Esta realidade vem atestar os estudos de Prata (2009) que salientam que a prática de uma amamentação sem complicações acarretam imensos benefícios para o bem-estar feminino afetando positivamente o seu ajustamento conjugal.

No respeitante à existência de complicações constatou-se que sejam estas relacionadas com o recém-nascido ou com fatores maternos, não iriam ser preditoras do ajustamento conjugal e das suas dimensões uma vez que as diferenças encontradas entre as ordenações médias através da aplicação de um teste U de Mann Whitney, não revelam significância estatística.

Embora não se tenham encontrados estudos direcionados especificamente para apurar a relação entre a classificação da gravidez atual, a duração do trabalho de parto e o sexo do recém-nascido no ajustamento conjugal durante o período do

puerpério, foram efetuados dois testes U de Mann Whitney e um teste t para apurar se havia alguma influência na variável dependente. No entanto as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas.

Através da revisão teórica realizada para o presente estudo, vários foram os autores encontrados que referiam uma relação inversamente proporcional relativa aos níveis de autoestima apresentados pela puérpera em relação à qualidade e ajustamento do seu relacionamento conjugal. (Alves,2008; Barros, 2009;Bortoletti et al, 2007; Fraser & Cooper, 2010; Leal, 2005; Mendes, 2009; Menezes, 2008; Neto, 2000).

Neste sentido, procurou-se verificar se a autoestima influencia o ajustamento conjugal da puérpera. Para testar a relação entre a idade, a autoestima e o ajustamento conjugal realizou-se uma análise de regressão múltipla para cada dimensão do ajustamento conjugal.

Para verificar se a idade e autoestima influenciava o consenso entre os cônjuges analisaram-se os resultados das correlações obtidas, podendo verificar que a idade e a autoestima negativa apresentavam correlações negativas, enquanto que a autoestima positiva e a autoestima global apresentavam correlações positivas, sendo todas as associações de magnitude linear muito baixa, não sendo as correlações significativas. Interpretando os valores obtidos na regressão linear através do método Enter, tendo sido eliminada a variável autoestima global, constatou-se que nenhuma das variáveis independentes é preditora da dimensão consenso do ajustamento conjugal.

O resultado obtido vem contradizer Alves (2008), uma vez que este salienta que em função das alterações vivenciadas na autoestima da mulher através dos níveis crescente de ansiedade, o excesso das tarefas doméstica e parentais, muitas vezes estas afastam o seu companheiro excluindo-o de tomadas de decisões e da organização da sua vida, fazendo com que exista uma diminuição do consenso entre o casal.

Na análise das correlações entre as variáveis independentes idade, autoestima global, autoestima positiva e autoestima negativa e a variável dependente satisfação, constatou-se que a idade ($r=-0,056$) e a auto estima positiva ($r=-0,019$) apresentam correlações negativas, enquanto que a autoestima global e a negativa apresentaram correlações positivas, no entanto nenhuma das correlações apresenta significância estatística. Através dos resultados apurados na regressão linear múltipla pelo método

de *Enter*, comprovou-se que nenhuma das variáveis independentes em estudo era preditora da dimensão satisfação, no ajustamento conjugal.

Estas constatações vêm contrapor o defendido por Fraser e Cooper (2010), uma vez que estes defendem que as crises de confiança sentidas pela mulher durante o pós parto vão diminuir a sua autoestima, o que por sua vez fará aparecer ou aumentar as dúvidas que esta apresenta em relação ao futuro da sua relação conjugal. Por sua vez Alves (2008) atesta ainda que muitas vezes a diminuição da autoestima, nesta fase da vida da mulher, vai diminuir os seus níveis de bem-estar e de felicidade conjugal, havendo um declínio da satisfação vivenciada por esta.

Relativamente à coesão conjugal era esperado, através da interpretação das investigações de Leal (2005), que a autoestima influenciasse os níveis de coesão, uma vez que a autora defende que quanto menor for a autoestima vivenciada pela puérpera, maiores são os sentimentos de angústia e sensação de abandono que esta irá sentir, podendo muitas vezes estar acompanhada pelo seu cônjuge mas revelar sentimentos de solidão, diminuindo a união existente entre ambos.

No presente estudo pode-se avaliar que a idade e a autoestima negativa apresentam correlações negativas com a variável consenso, por sua vez a autoestima positiva e a autoestima global apresentaram correlações positivas com a coesão, o que seria de esperar que à medida que a autoestima global e positiva aumentasse, os níveis de coesão conjugal experienciados pela puérpera seriam cada vez maiores. No entanto as correlações obtidas não apresentaram significância estatística. Pela interpretação da regressão linear múltipla pelo método *Enter*, entre as variáveis idade, autoestima negativa e autoestima positiva e o consenso, constatou-se que nenhuma das variáveis independentes é preditora da coesão conjugal, contrariando a ideia anteriormente apresentada.

Uma das dimensões do ajustamento conjugal mais afetadas pela autoestima durante o período do puerpério é a expressão de afetos. Uma vez que a mulher que apresenta baixos níveis de autoestima relacionados com a alteração da sua aparência física, o cansaço sentido e o medo e angústia de não ser capaz de cuidar do seu filho, esta vai afastar o seu marido, diminuindo a expressão de afetos e carícias, e por sua vez adiar constantemente o reinício da sua atividade sexual. (Fraser & Cooper, 2010; Mendes, 2009; Neto, 2000).

Assim, pode constatar-se no presente estudo que apesar das variáveis idade, autoestima negativa e autoestima global apresentarem correlações negativas e a

autoestima positiva apresentar uma correlação positiva com a expressão de afetos na puérpera, estas diferenças não apresentam significância estatística.

Após a realização de uma regressão linear múltipla, pelo método de *Enter*, entre a autoestima negativa, a autoestima positiva, a idade e a expressão de afetos verificou-se que nenhuma das variáveis em estudo seria preditora da expressão de afetos vivenciada pela puérpera, vindo negar a noção referida anteriormente.

Por fim, relativamente à relação entre a idade, a autoestima positiva, autoestima negativa e autoestima global com o ajustamento conjugal verificou-se que a idade apresenta uma correlação negativa contrariamente às restantes variáveis em estudo, no entanto as correlações obtidas não apresentam significância estatística.

Foi efetuada uma regressão linear múltipla entre as variáveis independentes idade, autoestima positiva e autoestima negativa com a variável dependente ajustamento conjugal tendo-se apurado que nenhuma das variáveis é preditora do ajustamento conjugal. A inexistência de relação entre as variáveis independentes e o ajustamento conjugal vem contrapor os estudos efetuados pelos autores anteriormente citados que concluíram que quanto maior fossem os níveis de autoestima apresentados pela mulher, maior seria o seu ajustamento conjugal numa fase crítica como é caracterizado o puerpério.

7. CONCLUSÃO

As relações íntimas vivenciadas através da conjugalidade são um pilar fundamental na vida da mulher, uma vez que quando vivenciadas de forma positiva têm efeitos diretos na saúde mental e física, gerando sentimentos de bem-estar e aumentando a expectativa de vida. Contudo estas relações podem ser fortemente influenciada por todas as alterações experienciadas durante o puerpério, sendo este reconhecido como um período de crise (Inácio, 2013; Prata, 2009).

Pela revisão da literatura efetuada, conclui-se que para muitos autores a fase do pós parto é caracterizada como um momento de redefinição da identidade feminina, onde a mulher vai ter de aprender a lidar com todas as transformações físicas e emocionais que experimenta, a exigência de dar resposta às necessidades do seu filho e ao mesmo tempo integrar o seu cônjuge na sua vida, de modo a não provocar a rutura do seu relacionamento conjugal, que muitas vezes poderá vir a ser definitiva.

Contudo variados estudos documentam que muitas vezes a mulher não consegue lidar com o turbilhão de emoções que sente, fazendo com que exista um declínio acentuado da sua autoestima que irá ter repercussões naqueles que lhe são mais próximos, sendo o mais afetado o seu relacionamento conjugal que irá atravessar um momento de ajustamento.

Neste sentido, sendo o contacto entre o enfermeiro e a puérpera uma constante durante as seis semanas após o parto, é essencial que este aprenda a reconhecer e avaliar as alterações no comportamento da puérpera, ajudando-a a adaptar-se à sua nova realidade, evitando consequências futuras na saúde da mulher.

Após a realização da presente investigação pode-se afirmar que os objetivos inicialmente traçados foram atingidos. Como tal, apresentam-se os resultados considerados relevantes para a compreensão do tema em estudo.

Assim, o presente estudo foi realizado através de uma amostra constituída por 175 puérperas, com idades compreendidas entre os 17 e os 47 anos, sendo a média das idades apresentadas de 31,21 anos. Perante o seu estado civil, 92,7% afirmam residir com o companheiro e em relação à sua atividade laboral a maioria encontra-se em situação ativa.

Após a interpretação dos resultados obtidos com a análise inferencial entre as variáveis sociodemográficas e o ajustamento conjugal conclui-se que, perante a amostra estudada, o ajustamento conjugal é mais elevado no grupo de puérperas cujo

estado civil se caracteriza por não ter companheiro, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,002$). Ainda dentro das variáveis sociodemográficas verificou-se que as habilitações literárias apresentam diferenças estatisticamente significativas, $p=0,005$, tendo o teste *Post-Hoc* situado estas diferenças entre as puérperas com ensino básico e ensino superior. Ainda se pode constatar que as puérperas cuja situação laboral se considerou com ativa apresenta um ajustamento conjugal mais elevado, apresentando um $p=0,007$, o que traduz uma significância estatística perante a diferença encontrada.

Em relação as variáveis contextuais ao parto, os dados demonstraram que metade da amostra referem ser primíparas, tendo a maioria das puérperas referido ter vivido uma gravidez normal, e não ter antecedentes obstétricos anómalos. Perante o parto atual, verificou-se que 83,4% das mulheres menciona ter estado menos de 18h em trabalho de parto, sendo a distribuição do tipo de parto ligeiramente superior, 52,6%, nos partos distócicos. A maioria da amostra classifica a sua relação com o parto como muito boa/boa, referindo ainda não ter sofrido qualquer laceração do períneo, 81,7%, enquanto que 49,7% refere ter sido sujeita à prática de episiotomia.

Estudando o modo como as diferentes variáveis contextuais ao parto influenciava o ajustamento conjugal, podemos constatar através dos níveis de significância entre as diferenças apuradas, que nenhuma apresentava significância estatística, o que nos permite afirmar que estas variáveis não influenciam o ajustamento conjugal.

Perante as variáveis contextuais à amamentação verificou-se que grande parte da amostra, 7 em cada 10 mulheres, assume praticar o aleitamento materno exclusivo, sendo que a maioria, 62,3% afirma ainda não ter sofrido qualquer complicação com a amamentação. Porém das 37,7% que refere ter tido complicações, 81,8% assume que estas foram de origem materna.

Quando se estudou a influência destas variáveis no ajustamento conjugal apurou-se que as diferenças encontradas no ajustamento conjugal eram bastante significativas ($p=0,003$), sendo o ajustamento mais elevado nas puérperas que não apresentaram qualquer complicação.

No que concerne ao objetivo de determinar o ajustamento conjugal no puerpério, contactou-se que a média dos scores da amostra recolhida era de 96,79, nas puérperas do grupo etário inferior ou igual a 34 anos, enquanto que no grupo superior ou igual a 35 anos era de 98,32%, sendo estas consideradas como desajustadas

conjugalmente. Face às diferentes dimensões da escala estudada, apurou-se que as médias apresentadas eram bastante semelhantes nos diferentes grupos etários.

Com o intuito de se apurar a influência que as variáveis independentes autoestima global, autoestima positiva e autoestima negativa apresentavam no ajustamento conjugal, e suas diferentes dimensões, realizaram-se regressões lineares múltiplas pelo método de *Enter*, tendo sido sempre excluída a variável autoestima global. No entanto conclui-se que perante os resultados obtidos, e para a amostra em estudo, a autoestima não é uma variável preditora do ajustamento conjugal, nem de qualquer uma das suas dimensões, uma vez que as diferenças encontradas nas correlações estabelecidas não apresentavam qualquer significância estatística.

Para a realização do presente estudo foram encontradas algumas limitações, especialmente decorrentes da dificuldade em obter a amostra necessária para efetuar a investigação, tendo o tempo de recolha de dados sido alargado, em relação ao que era desejado no início da investigação. Tal como da demora sentida para obter a anuência da autorização para o pedido de aplicação do instrumento de colheita de dados, apesar de este ter sido acompanhado pelo parecer favorável da comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Relativamente à revisão da fundamentação teórica constatou-se que a influência da autoestima no relacionamento conjugal, durante o puerpério é um tema pouco estudado, especialmente no nosso país, tendo sido bastante complicado obter artigos recentes relativos à área em estudo.

Após a realização deste trabalho espera-se que este seja um pequeno contributo para o enriquecimento da temática apresentada, de modo a proporcionar o conhecimento científico essencial para as boas práticas da profissão de Enfermagem, em especial do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.

Outro aspeto importante a referir é a necessidade e importância da reflexão por parte dos profissionais de Enfermagem, sobre as práticas realizadas durante a gravidez, parto e puerpério, de modo a desenvolver novas competências para serem aplicadas em experiências futuras, aumentando o empoderamento da mulher de forma a diminuir os momentos de crise decorrentes do período do pós parto.

Aquando da revisão teórica para a realização desta investigação, constatou-se que sempre que o puerpério e o relacionamento conjugal são estudado dá-se grande enfoque à sexualidade do casal, em detrimento dos afetos e ajustamentos necessários que estes têm de vivenciar com a chegada de um filho. Perante isto sugere-se que em futuras investigações se aborde mais o tema do ajustamento conjugal e das suas

diferentes dimensões, de modo a conhecer como este é influenciado por diferentes fatores e as consequências inerentes às suas variações para o futuro do casal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alder, E. S. (2010). Age Education Level, and Length of Courtship in Relation to Marital Satisfaction. *School of professional psychology*, 104 (4) (2010). Acedido em <http://commons.pacificu.edu/spp/145/>.

Alves, M. G. C. (2008). *Fatores que influenciam a Sexualidade feminina depois do parto*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Acedido em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1117/1/17092_Dissertacao_final_GRACA.pdf.

Amorim, S. P. T. (2010). *Tristeza Pós – Parto - Importância do diagnóstico precoce*. (Monografia de fim de curso, Universidade Fernando Pessoa, Portugal). Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1574/1/MONO_17381.pdf

Ballone, G.J. (2007). Depressão e relacionamento pessoal. *PsiquWeb*. Acedido em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=51>

Barros, S.M.O. (2009). *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica – Guia para a prática Assistencial*. São Paulo: Editora Roca.

Bartoletti, F.F., Moron, A.F., Filho, J.B. & Nacamura, M. U.(2007). *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar*. São-Paulo: Editora Manole.

Branden, P. S. (2000). *Enfermagem Materno – Infantil*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.

Carmona, E.V., Maçola, L. & Vale, I. N. (2010). Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista Escola Enfermagem USP*. 44(3):570-7. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300004&script=sci_arttext

Canavarro, M.C., Leal, I. & Soares, I. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Conceição, M. A. F. (2009). *Ajustamento materno no relacionamento íntimo com o companheiro após o parto*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Portugal). Acedido em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19164/2/Mrcia%20Fontes%20%20Dissertao%20de%20Mestrado%202009%20v1.pdf>

Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16 n^o3. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n3/4809.pdf>

Duarte, J. C. (2011) – *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R. & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 1,003-025. Acedido em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5698/1/Qualidade%20das%20rela%C3%A7%C3%B5es%20significativas%20na%20mulher.pdf>

Fraser, D.M. & Cooper, M. A. (2010). *Assistência Obstétrica – Um Guia Prático para Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2009). *Iniciativa parto normal: Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fridrickson G. L., Hoeksema, S. & Wagenaar, W. (2012). *Introdução à Psicologia*. São Paulo: Cengage Learning.

Graça, L.M. (2006). *Medicina Materno-fetal*. (3ª edição). Lousã: Lidel.

Gomes, A.B.F.S. (2009). *A satisfação conjugal em casais candidatos à adoção: caracterização em função do género e do motivo para adpotar (infertilidade/não-infertilidade)*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal). Acedido em [http://www:<URL:http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2152/1/22285_ulfp034905_tm.pdf>](http://www.<URL:http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2152/1/22285_ulfp034905_tm.pdf>)

Gomez, R. & Leal, I. (2008). Ajustamento Conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da *Dyadic Adjustment Scale*. *Análise Psicológica*, 4 (XXVI), 625-638. Acedido em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312008000400008&script=sci_arttext

Heaton, T.B. (2002). Factors contributing to increasing marital stability in the United States. *Journal Of Family Issues*, 23 (3), 392-409. Acedido em: <http://jfi.sagepub.com/content/23/3/392.short>

Hernandez, J.A.E. & Hutz, C. S. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, v.40, n.4, p. 414-421. Acedido em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1490/4926>

Inácio, V.F.T.S. (2013). Coping pró – activo e satisfação conjugal: um estudo exploratório. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Acedido em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9851/1/ulfpie044760_tm.pdf

Jasen, J., Weerth, C. & Riksen – Walraven, M. (2008). Breastfeeding and the mother – infant relationship. *Developmental Review*. 28, 503-521. Acedido em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0273229708000269>

Jose, O. & Alfons, V. (2007). Do demographics affect marital satisfaction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33, 73-85. Acedido em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230600998573#.VLcili5FYoE>

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson SA.

Leal, I. (Coord.) (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

Leal, I., & Maroco, J. (2010). *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. Porto: Legis Editora.

Lopes, R.S.V. (2009). *Genealogia do desejo: a influência da satisfação conjugal no estabelecimento da relação precoce entre mãe-bebé*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal). Acedido em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2150/1/22283_ulfp034902_tm.pdf

Lowdermilk, D.L. & Perry, S.E. (2006) *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.

Machado, L.M. (2007). Satisfação e insatisfação no casamento: os dois lados de uma mesma moeda? (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil). Acedido em: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/1568/1/SatisfacaoInsatisfacaoCasamento.pdf>

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Mendes, I. M. (2009). *Ajustamento materno e paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra.

Menezes, C.C., Lopes, R.C.S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até 18 meses do bebé. *Psico USF*, 12, 83-93. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a10.pdf>

Menezes, M.M.N.C. (2008). *Satisfação Conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Acedido em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/760/1/17273_Tese_Maria_Mar.pdf

Morais, T.S.L., Figueira, T.A. & Piazza, S.F. (2011) Interrelação entre depressão pós – parto e relacionamento conjugal. (Dissertação de Conclusão de Curso, Universidade, Brasil). Acedido em: <http://www.redepsi.com.br/2011/07/21/interrela-o-entre-depress-o-p-s-parto-e-relacionamento-conjugal/>.

Neto, F. (1998). *Psicologia Social, volume I*. Lisboa: Universidade Aberta.

Neto, F. (2000). *Psicologia Social, volume II*. Lisboa: Universidade Aberta.

Norgren, M.B., Souza, R.M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H. & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*. 9, 575-584. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a15v26n3.pdf>

Pereira, A. & Patricio, T. (2013). *SPSS- Guia prático de utilização*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, D. & Canavarro, M.C. (2004). Uma perspetiva ecológica sobre o comportamento parental em situação de maus-tratos na infância: Implicações para a intervenção, *Psychologica*, 36 p. 131-148;

Perlin, D.G.B. (2006). Casamentos contemporâneos: um estudo sobre os impactos da interação família – trabalho na satisfação conjugal. (Tese de Doutoramento, Universidade de Brasília, Brasil). Acedida em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9274/1/2006_GiovanaDalBiancoPerlin.pdf

Perlin, G. & Diniz, G. (2005). Casais que trabalham e são felizes: mito ou realidade? *Psicologia Clínica*, 17, 15-29. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a15v26n3.pdf>

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Portugal, Instituto Nacional de Estatística (2011). Classificação nacional das profissões de 2010. Acedido em http://www.ine.pt/http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2.

Prata, M. C. C. F. (2009). *Aconselhamento no puerpério: Efeitos na autoestima*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Portugal). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.1/817>.

Rodrigues, J. C. (2013). Relacionamento conjugal no início da gravidez e aos três meses pós – parto: frequência e satisfação sexual. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Portugal). Acedido em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/26977/1/Joana%20Carneiro%20Rodrigues.pdf>

Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de autoestima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do País. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 109-116. Acedido em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a08.pdf>

Ronbinsn, J. P., Shaver, P. R. & Wrightsman, L.S. (1991). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: Ensevier. Acedido em http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=tq8j8jNg7moC&oi=fnd&pg=PA115&dq=Blascovich,+J.+%26+Tomaka,+J.+%281991%29.+Measures+of+self-+esteem&ots=3H0FLOu06P&sig=rLkK_bnsVnDqiElk0WqWlo6hTzg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Saraiva. E. R. & Coutinho, M. P. (2008). O Sofrimento Psíquico no Puerperio, um estudo psicológico. *Revista Mal –Estar e Subjectividade*, Volume 8 (nº2/ Junho). Acedido em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000200011

Scorsolini-Comin, F.S. & Santos, M. A. (2010). Satisfação Conjugal: Revisão Integrativa da Literatura Científica Nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol.26 n.3. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a15v26n3.pdf>

Scorsolini-Comin, F.S. & Santos, M. A. (2008). Casar e ser feliz: mapeando a mensuração da satisfação conjugal. *Revista Psico*, v.40, n.4, 430-437. Acedido em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4512/4928>

Serra, A.V. (Ed. lit.). (2011). *O stress na vida de todos os dias*. (3ª ed. rev. e aum.). Coimbra: Dinalivro.

Silva, A.I. & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 253-264. Acedido em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4720/1/SEXUALIDADE%20NA%20GRAVIDEZ.pdf>

Silva, I.M. & Lopes, R.C.S. (2009). Reprodução assistida e relação conjugal durante a gravidez e nascimento do bebé: uma revisão da literatura. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 223-230. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a06v14n3>

Singly, F. (2010). *Sociologia Da Família Contemporânea*. Lisboa: Texto e Grafia Edições.

Souza, D. B. L. & Ferreira, M. C. (2005). Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não- mães. *Psicologia em Estudo*, v.10, n.1, p.19-25. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a03.pdf>

Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28. Acedido em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/350547?sid=21105627426683&uid=3738880&uid=2&uid=4>

Torres, A.C. (2004). *Vida conjugal e trabalho – uma perspectiva Sociologica*. Oeiras: Celta Editores.

Teenge, J.M., Campbell, W.K. & Foster, C.A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: a meta – analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574-583. Acedido em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x/full>

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de recolha de dados

Instituto Superior Politécnico de Viseu | Escola Superior de Saúde de Viseu**Questionário**

No âmbito da preparação da tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, subordinada ao tema das Alterações Psicoemocionais, Autoestima e relacionamento conjugal no Puerpério, vimos pedir a sua colaboração para responder ao questionário que se segue.

A informação que fornecer é muito importante para avaliarmos e compreendermos as alterações psico-emocionais percebidas pelas mulheres, assim como a sua autoestima e o relacionamento conjugal durante a fase do puerpério

Não existem respostas certas ou erradas, interessa apenas que as suas respostas sejam o mais honestas e rigorosas possível.

As respostas são absolutamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Gratas, desde já pela sua colaboração.

Catarina Toipa e Sara Esteves

Viseu, Dezembro de 2012

Dados Sociodemográficos

1. Idade _____ anos

2. Estado Civil

- Solteira
- Casada
- Separada/Divorciada
- União de Facto
- Viúva

3. Habilitações Literárias

- Não sabe ler nem escrever
- 1ª Etapa do Ensino Básico (4ªClasse)
- 2º Etapa do Ensino Básico (9ºAno ou equivalente)
- Ensino Secundário (12ºano ou equivalente)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

4. Situação Laboral

- Desempregada
- Empregada em tempo completo
- Empregada em tempo parcial
- Outro _____

5. Profissão: _____

6. Zona de Residência

- Meio Rural
Meio Urbano

Antecedentes Obstétricos (situações anteriores à gravidez atual)

7. Partos de termo (entre as 37 e as 41 semanas)_____
8. Partos Pré-termo(antes das 37 semanas)_____
9. Abortos(antes das 20 semanas)_____
10. Morte Fetal(após as 20 semanas)_____
11. Gravidez Ectópica_____
12. Filhos Vivos_____
-

13. Dados relativos à Gravidez atual

- Normal
- Risco **13.1 Indique o Motivo:**
- Hipertensão arterial
- Diabetes Gestacional
- Outro **Motivo:**_____

Dados relativos ao Parto

14. Tipo de Parto

- Eutócico (Normal)
- Distócico (Ventosa/Fórceps)
- Cesariana

15. Partos

- Simples
- Gemelar

16. Duração do Trabalho de Parto:_____ Horas

17. Episiotomia: Sim Não

18. Lacerações: Sim Não

19. Como classifica a sua experiência em relação ao parto?

- Muito Boa
- Boa
- Razoável
- Má

Dados relativos ao Recém-Nascido e Amamentação

20. Sexo:

- Masculino
- Feminino

21. Tipo de Aleitamento:

- Materno exclusivo
- Materno e Suplemento
- Artificial

22. Teve complicações relacionadas com a Amamentação? Sim Não **23. Se sim, quais?**

- Mastite
- Fissuras/gretas
- Congestão mamária
- Outras quais? _____

ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES PSICO-EMOCIONAIS DO PUERPÉRIO

(Sousa & Leal, 2010)

Uma vez que teve bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente nestes últimos dias após o parto. Por favor coloque uma cruz (X) nos números com que mais se identifica. Escolha apenas uma resposta por cada questão. No final certifique-se de que respondeu a todas as questões. Por favor não deixe nenhuma por responder.

Obrigado pela sua colaboração.

Itens						
	Nunca	Raras Vezes	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1 – Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé.	1	2	3	4	5	6
2 – Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebé	1	2	3	4	5	6
3 – Senti-me triste e deprimida.	1	2	3	4	5	6
4 – Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebé por não estar familiarizada com esta nova situação.	1	2	3	4	5	6
5 – Tive dificuldade em me acalmar.	1	2	3	4	5	6
6 – Senti-me esgotada.	1	2	3	4	5	6
7 – Senti-me melancólica e desanimada.	1	2	3	4	5	6
8 – Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebé.	1	2	3	4	5	6
9 – Senti-me aterrorizada.	1	2	3	4	5	6
10 – Dei por mim a ficar agitada.	1	2	3	4	5	6
11 – Tive crises de choro.	1	2	3	4	5	6
12 – Senti-me sozinha.	1	2	3	4	5	6
13 – Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso.	1	2	3	4	5	6
14 – Senti dificuldade em relaxar.	1	2	3	4	5	6
15 – Senti cansaço mental.	1	2	3	4	5	6
16 – Senti-me cansada e/ou fraquejar.	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG (1965)

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo tanto quanto as outras pessoas.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesma.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeita comigo.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesma.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

9. Às vezes sinto-me inútil.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

	Todos os dias	Quase todos os dias	Às vezes	Raramente	Nunca
Costuma beijar o(a) seu(sua) companheiro(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você e o(a) seu(sua) companheiro(a) têm actividades e interesses fora de casa em que se envolvem juntos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Com que frequência acontecem as seguintes situações entre e o(a) seu(sua) companheiro(a)?

	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Uma ou duas vezes por mês	Uma ou duas vezes por semana	Uma vez por dia	Mais do que uma vez por dia
Terem uma troca de ideias estimulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rirem em conjunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discutirem calmamente um assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalharem juntos num projeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, indique se nas últimas semanas têm existido diferenças de opinião ou problemas na relação relativamente aos seguintes aspectos.

	Sim	Não
Estar demasiado cansado para ter relações sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de demonstração de amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os traços da seguinte linha representam diferentes graus de felicidade na relação conjugal. O traço do meio (feliz) caracteriza a maioria das relações. Por favor, considerando a vossa relação na globalidade, assinale o grau de felicidade que a caracteriza.



Qual das seguintes afirmações descreve melhor o que sente sobre o futuro da sua relação conjugal?

- Quero desesperadamente que a minha relação tenha sucesso *e faria tudo o que fosse necessário* para isso.
- Quero muito que a minha relação tenha sucesso *e farei tudo para isso*.
- Quero muito que a minha relação tenha sucesso *e farei o que estiver ao meu alcance para isso*.
- Seria bom que a minha relação tivesse sucesso, mas *não posso fazer muito mais do que tenho feito* para isso.
- Seria bom que a minha relação tivesse sucesso mas *não posso fazer mais do que tenho feito* para isso.
- A minha relação nunca poderá ter sucesso e *nada mais posso fazer para isso*.

ANEXO II

Autorização para utilização da Escala de Ajustamento Conjugal (DAS)

From: [ileal](#)

Sent: Thursday, February 20, 2014 1:28 PM

To: isabelpereiraleal@gmail.com

Subject: FW: Pedido de autorização para uso da Escala (DAS) em dissertação de Mestrado

Sara,
tem autorização para o uso do instrumento.
Bom trabalho.
Isabel Leal

De: Sara Esteves [mailto:safesteves@gmail.com]

Enviada: terça-feira, 18 de Fevereiro de 2014 00:16

Para: ileal@clix.pt

Assunto: Pedido de autorização para uso da Escala (DAS) em dissertação de Mestrado

Exma. Sra. Professora Doutora Isabel Leal,

O meu nome é Sara Alexandra de Figueiredo Esteves, sou Enfermeira na Obstetrícia do Centro Hospitalar Baixo Vouga, em Aveiro e aluna da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Encontro-me atualmente a terminar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia sendo o tema da minha dissertação "Alterações Psicoemocionais do Puerpério". Pretendo com este estudo estudar a autoestima e o relacionamento conjugal no puerpério. Neste contexto solicito a V. Ex.^a autorização para utilizar no meu instrumento de colheita de dados a Escala de Relacionamento Conjugal (DAS).

Agradecendo desde já, toda a atenção dispensada, estando disponível para prestar qualquer esclarecimento que considere necessário.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Figueiredo Esteves

ANEXO III

Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
 COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 09/2013

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "ALTERAÇÕES PSICO-EMOCIONAIS NO PUERPÉRIO"

Tendo as estudantes Catarina Alexandra Toipa Coelho e Sara Alexandra de Figueiredo Esteves, sob a coordenação da Professora Doutora Manuela Ferreira, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Relatório Final do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetria e Ginecologia, e ainda que seja considerada a autorização dos responsáveis das instituições, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

As investigadoras propõem-se realizar um estudo de natureza quantitativa e de análise descritiva e correlacional que permita explorar alguns aspectos psico-emocionais e da relação conjugal das mulheres durante o puerpério. As participantes a incluir serão as puérperas que se encontram inscritas nas Unidades de Saúde e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados de Viseu, Mangualde e São Pedro do Sul, pertencentes ao ACES Dão Lafões. A recolha de dados será feita por um questionário com questões de caracterização sociodemográfica, antecedentes obstétricos, dados do filho e ainda várias escalas dirigidas ao objectivo do estudo.

No pedido de autorização é referido que os benefícios que resultarão do estudo serão o aumento do conhecimento nessa matéria e que só assim se pode reconhecer antecipadamente os riscos das alterações psico-emocionais da mulher durante o puerpério; neste sentido, recomendamos que sejam enunciadas propostas e/ou estratégias que se revertam na melhoria da prestação de cuidados de enfermagem de saúde materna e que os dados sejam divulgados às instituições.

A participação no estudo consiste na aplicação de um questionário às mulheres (puérperas), cuja participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado sobre os objectivos e benefícios do estudo.

No questionário não há identificação nominal e resguarda a privacidade das utentes; contudo, recomendamos o rigoroso cumprimento do segredo profissional por parte dos investigadores quer na administração dos questionários, quer na elaboração da chave da codificação. Recomendamos ainda que a chave da codificação deve apenas ser conhecida pelas investigadoras e a destruição da codificação após a discussão do trabalho.

Face ao exposto, somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e reúne interesse científico para ser realizado.

Viseu, 21 de Março de 2013

Em nome de V. Babca de Lue
 A presidente da CE da ESSV

- Atividade
 - [assinatura]
 25.3.2013

ANEXO IV

Pedido de Autorização à Direção Executiva do ACES Dão Lafões



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Dr. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Sr.
Diretor Executivo do
ACES Dão Lafões
Av. Dr. António José de Almeida – Edifício MAS
3514-511 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº 133	Data: 13/02/2013
Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS


No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e as estudantes Catarina Toipa e Sara Esteves do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetria e Ginecologia, estão a realizar um estudo subordinado ao tema "*Alterações Psico-emocionais do Puerpério*". Pretende-se com este estudo estudar as alterações psicoemocionais, a autoestima e o relacionamento conjugal no puerpério.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a recolha de dados/informação junto das puérperas inscritas nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Viseu; nas UCSP e USF de Mangualde e da UCSP de São Pedro do Sul, no momento da consulta de revisão de puerpério, entre os meses de Fevereiro a Junho do ano de 2013.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.


O Presidente da ESSV,
Professor Doutor Carlos Pereira

MF/NC



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, L.P.

SAIDA

03420 13/AGO/02 15:48

Ex.º Senhor
Professor Doutor Carlos Pereira
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 VISEU

Vossa referência

0133

Proc: 70

Assunto:

Vossa comunicação:

13-fev-2013

Nossa referência:

Data:

31jul-2013

**Pedido de autorização para efectuar colheita de dados
" Alterações psico-emocionais do puerpério "**

De acordo com o solicitado por V.ª Ex.ª somos a informar que é autorizada a aplicação do questionário, no entanto a divulgação pública dos resultados obtidos deverá ser precedida pelo prévio conhecimento e parecer deste ACeS.

Com os melhores cumprimentos.

O DIRECTOR EXECUTIVO

José Armando Marques Neves, Dr.

MN/CA



Agrupamento de Centros de Saúde de Dão Lafões
Av. António José de Almeida – 3511-514 VISEU
Telefone: 232419900 « » Fax: 232421110 « » E-mail: secret@srsviseu.min-saude.pt