

Catarina Coelho



Determinantes das alterações psicoemocionais do puerpério: Efeitos da autoestima

IPV - ESSV | 2014

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

Catarina Alexandra Toipa Coelho

**Determinantes das alterações psicoemocionais  
do puerpério: Efeitos da autoestima**

Outubro de 2014



Catarina Alexandra Toipa Coelho

**Determinantes das alterações psicoemocionais  
do puerpério: Efeitos da autoestima**

**Relatório Final**

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetria  
e Ginecologia

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



Outubro de 2014



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus orientadores, Professora Doutora Manuela Ferreira e Professor Doutor João Duarte pela transmissão de conhecimentos, disponibilidade e paciência.

À minha irmã pelos seus indispensáveis e sábios conselhos de língua portuguesa.

À minha mãe por tudo o que ela representa para mim.

À minha Lili pela sua singular companhia nas longas horas de trabalho.

Em especial, ao amor da minha vida, o grande impulsionador desta viagem...

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste projeto.

O meu sincero bem-haja!



## RESUMO

No puerpério, a mulher depara-se com um conjunto de alterações que ocorrem ao nível biológico, psicológico e social que a confrontam com a necessidade de viver adaptações constantes e que a tornam mais vulnerável do ponto de vista psicológico e emocional. As alterações psicoemocionais do puerpério são decorrentes do designado Blues pós-parto, um fenómeno intercultural, de prevalência elevada, de carácter benigno e transitório, que ocorre em mulheres saudáveis. A avaliação da autoestima da puérpera é fundamental para identificar o risco de desenvolver estas alterações.

Neste sentido, realizou-se um estudo quantitativo, em corte transversal, correlacional e explicativo, em 175 puérperas saudáveis, com média de idades de 31.21 anos, vigiadas nas unidades funcionais do ACES Dão Lafões, em que se procurou identificar as alterações psicoemocionais, entre a 4ª e a 6ª semana do pós-parto, e determinar a relação entre as diferentes variáveis (sociodemográficas, contextuais ao parto, contextuais à amamentação, autoestima) e as alterações psicoemocionais.

As principais alterações identificadas foram a ansiedade moderada e severa, a destacar: sensação de esgotamento, cansaço mental e físico e insegurança na prestação dos cuidados ao bebé; seguidas de sentimentos depressivos moderados e severos, a nomear: tristeza, melancolia, desânimo, choro e solidão; e por último, a preocupação moderada e severa, nomeadamente: nervosismo e agitação. Os resultados revelaram que puérperas ativas profissionalmente ( $p=0.046$ ), com ensino superior ( $p=0.012$ ), sem história prévia de partos de termo ( $p=0.002$ ) e com complicações com a amamentação ( $p=.0001$ ) apresentaram níveis mais elevados de alterações psicoemocionais. A autoestima revelou-se preditora das alterações psicoemocionais, sendo que quanto maior a autoestima mais elevados os níveis das alterações ( $p= 0.000$ ).

Palavras-chave: Puerpério; Alterações psicoemocionais; Blues pós-parto; Autoestima;



## ABSTRACT

In puerperium, the woman faces a set of changes that occur at the biological, psychological and social level that confront her with the need to live constant adjustments and that make her more vulnerable, in a psychological and emotional point of view. The psycho-emotional postpartum changes result from the designated Postpartum Blues, a cross-cultural phenomenon, of high prevalence, of benign and transient character, occurring in healthy women. The evaluation of self-esteem in postpartum is essential to identify the risk of developing these changes.

To that effect, we held a quantitative study, cross sectional, correlational and explanatory, interviewing 175 healthy mothers, with an average age of 31.21 years, followed in the functional units of the ACES Dão Lafões, which sought to identify the psycho-emotional disorders, between the 4th and 6th week after delivery, and determine the relationship between the different variables (sociodemographic, childbirth contextual, breastfeeding contextual, self-esteem) and psycho-emotional changes.

The most important changes detected were moderate and severe anxiety, especially: sensation of exhaustion, mental and physical fatigue and insecurity in providing baby care; followed by moderate and severe depressive feelings, namely: sadness, melancholy, dismay, crying and solitude; and finally, moderate and severe concern, including nervousness and restlessness. The results revealed that professionally active mothers ( $p=0.046$ ), with higher education ( $p=0.012$ ), with no history of term deliveries ( $p=0.002$ ) and with complications to breastfeeding ( $p=0.001$ ) presented higher levels of psycho-emotional changes. Self-esteem proved to be a predictor of psycho-emotional changes, since the greater the self-esteem is the higher the level of the changes occurred ( $p=0.000$ ).

Keywords: Puerperium; Psycho-emotional changes; Postpartum blues; Self-esteem.



## SUMÁRIO

Introdução.....	19
-----------------	----

### Parte I – Enquadramento Teórico

<b>1</b>	<b>Ciclo Gravídico-Puerperal .....</b>	<b>25</b>
1.1	Gravidez e maternidade .....	25
1.2	Parto e pós-parto .....	27
1.3	Transição para a parentalidade / ajustamento materno .....	29
<b>2</b>	<b>Alterações Psicoemocionais do Puerpério.....</b>	<b>33</b>
2.1	<i>Blues</i> pós-parto .....	34
2.2	Psicose puerperal.....	37
2.3	Depressão pós-parto .....	38
<b>3</b>	<b>Autoestima .....</b>	<b>43</b>

### Parte II - Contribuição Empírica

<b>4</b>	<b>Metodologia .....</b>	<b>49</b>
4.1	Métodos.....	49
4.2	Participantes.....	51
<b>4.2.1</b>	<b>Caracterização sociodemográfica .....</b>	<b>52</b>
4.3	Instrumento de recolha de dados .....	54
<b>4.3.1</b>	<b>Escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério.....</b>	<b>55</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Escala de autoestima de Rosenberg .....</b>	<b>58</b>
<b>4.3.3</b>	<b>CrITÉrios de operacionalização de variáveis .....</b>	<b>59</b>
4.4	Procedimentos.....	61
4.5	Análise de dados .....	61
<b>5</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>65</b>
5.1	Análise descritiva.....	65
<b>5.1.1</b>	<b>Variáveis contextuais ao parto.....</b>	<b>65</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Variáveis contextuais à amamentação .....</b>	<b>67</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Estatísticas das alterações psicoemocionais do puerpério .....</b>	<b>68</b>
<b>5.1.4</b>	<b>Estatísticas da autoestima .....</b>	<b>73</b>
5.2	Análise inferencial .....	74
<b>6</b>	<b>Discussão.....</b>	<b>89</b>

<b>7</b>	<b>Conclusões.....</b>	<b>99</b>
	<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>103</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>107</b>
	<b>Anexo I – Autorização para a utilização da Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério (EAAPP).....</b>	<b>109</b>
	<b>Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu .....</b>	<b>115</b>
	<b>Anexo III – Pedido de Autorização à Direção Executiva do ACES Dão Lafões .....</b>	<b>119</b>
	<b>Anexo IV – Instrumento de Recolha de Dados.....</b>	<b>125</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Estatísticas da idade das puérperas. ....	52
<b>Tabela 2.</b>	Idade das puérperas, por grupo etário. ....	52
<b>Tabela 3.</b>	Estatísticas de contexto sociodemográfico em função da idade da puérpera. ....	54
<b>Tabela 4.</b>	Intervalos de referência para a interpretação dos resultados ....	55
<b>Tabela 5.</b>	Consistência Interna da Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério ....	56
<b>Tabela 6.</b>	Consistência Interna da Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério, por fatores ....	57
<b>Tabela 7.</b>	Alfa de Cronbach por fatores e total da escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério. ....	57
<b>Tabela 8.</b>	Correlação de Pearson entre os itens da escala e os fatores ansiedade, sentimentos depressivos e preocupação ....	58
<b>Tabela 9.</b>	Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e as alterações psicoemocionais do puerpério ....	58
<b>Tabela 10.</b>	Operacionalização das variáveis de contexto sociodemográfico ....	59
<b>Tabela 11.</b>	Operacionalização das variáveis contextuais ao parto ....	60
<b>Tabela 12.</b>	Operacionalização das variáveis contextuais à amamentação ....	61
<b>Tabela 13.</b>	Estatísticas da Duração do Trabalho de Parto em função da idade das puérperas ....	66
<b>Tabela 14.</b>	Estatísticas contextuais ao parto ....	67
<b>Tabela 15.</b>	Estatísticas contextuais à amamentação ....	68
<b>Tabela 16.</b>	Estatísticas das alterações psicoemocionais em função da idade das puérperas ....	69
<b>Tabela 17.</b>	Frequências absolutas das alterações psicoemocionais da puérpera ....	70
<b>Tabela 18.</b>	Frequências absolutas e relativas da ansiedade ....	71
<b>Tabela 19.</b>	Frequências absolutas e relativas de Sentimentos Depressivos ....	72
<b>Tabela 20.</b>	Frequências Absolutas e Relativas da Preocupação ....	72
<b>Tabela 21.</b>	Estatísticas da autoestima em função da idade das puérperas ....	73

<b>Tabela 22.</b>	Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e grupos etários da puérpera.	74
<b>Tabela 23.</b>	Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e estado civil.	74
<b>Tabela 24.</b>	Teste de Kruskall Wallis dos fatores da EAAPP e habilitações literárias.	75
<b>Tabela 25.</b>	Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e situação laboral	75
<b>Tabela 26.</b>	Teste t para amostras independentes entre os fatores da EAAPP e zona de residência	76
<b>Tabela 27.</b>	Teste de Kruskall Wallis dos fatores da EAAPP e partos de termo	76
<b>Tabela 28.</b>	Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e partos pré-termo	77
<b>Tabela 29.</b>	Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e abortos	77
<b>Tabela 30.</b>	Teste t para amostras independentes entre os fatores da EAAPP e número de filhos (prévios à gravidez atual)	78
<b>Tabela 31.</b>	Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e antecedentes obstétricos anómalos	78
<b>Tabela 32.</b>	Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e tipo de gravidez	79
<b>Tabela 33.</b>	Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e motivos de gravidez de risco ..	79
<b>Tabela 34.</b>	Teste t para amostras independentes entre os fatores da EAAPP e tipo de parto	80
<b>Tabela 35.</b>	Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e duração do trabalho de parto..	80
<b>Tabela 36.</b>	Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e experiência do trabalho de parto	80
<b>Tabela 37.</b>	Teste t para amostras independentes entre os fatores da EAAPP e sexo do RN	81
<b>Tabela 38.</b>	Teste de Kruskall Wallis dos fatores da EAAPP e tipo de aleitamento	81
<b>Tabela 39.</b>	Teste t para amostras independentes entre os fatores da EAAPP e complicações com a amamentação	82
<b>Tabela 40.</b>	Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e tipo de complicação com a amamentação	82

<b>Tabela 41.</b>	Correlação de Pearson entre a idade, tipo de parto e autoestima e a <b>ansiedade</b> no puerpério .....	83
<b>Tabela 42.</b>	Regressão linear múltipla entre a autoestima negativa e o sentimento de ansiedade no puerpério .....	84
<b>Tabela 43.</b>	Correlação de Pearson entre a idade, tipo de parto e autoestima e os sentimentos depressivos no puerpério .....	84
<b>Tabela 44.</b>	Regressão linear múltipla entre a autoestima total e os sentimentos depressivos no puerpério .....	85
<b>Tabela 45.</b>	Correlação de Pearson entre a idade, tipo de parto e autoestima e a preocupação no puerpério .....	86
<b>Tabela 46.</b>	Regressão linear múltipla entre a autoestima negativa e o sentimento de preocupação do puerpério .....	86
<b>Tabela 47.</b>	Correlação de Pearson entre a idade, tipo de parto e autoestima e as alterações psicoemocionais no puerpério .....	87
<b>Tabela 48.</b>	Regressão linear múltipla entre a autoestima negativa e as alterações psicoemocionais do puerpério .....	88



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Esquema conceptual de base .....	51
-------------------	----------------------------------	----



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – American Psychological Association

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

cf. – conforme

Dp – Desvio padrão

DPP – Depressão pós-parto

EAAPP – Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério

EP – Erro Padrão

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

et. al. – outros

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

IBM – International Business Machines

IG – idade gestacional

K – Curtose.

máx. – máximo

min. – mínimo

n – número

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – significância

p. – página

r – correlação

$r^2$  – coeficiente de determinação

RN – Recém-nascido

SK – Skewness/Assimetria

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMW – Teste U de Mann Whitney

USF – Unidade de Saúde Familiar

$x^2$  – qui quadrado



## Introdução

A crise financeira e a conjuntura que vivemos atualmente em Portugal, à semelhança do que se tem vindo a verificar em toda a Europa, tem tido e vai continuar a ter, seguramente, impactos significativos na população, não só no que respeita às taxas de natalidade, fecundidade e fluxos migratórios, como é exemplo a emigração da população fértil, mas também no que respeita à saúde mental das próprias populações.

Perante o contexto é imperativo que as políticas e os profissionais de saúde tomem em devida conta esta nova realidade, reforçando as medidas de promoção de saúde através da implementação de estratégias eficazes, sobretudo, no âmbito dos cuidados de saúde primários.

É conhecido que a natalidade e a fecundidade têm sofrido com a conjuntura atual, mantendo a sua tendência negativa. Segundo o Anuário Estatístico de Portugal (Portugal, Instituto Nacional de Estatística, [Portugal, INE], 2013), em 2012 o índice sintético de fecundidade no país foi de apenas 1.28 crianças vivas para mulheres em idade fértil, sendo que na região centro foi ainda ligeiramente inferior (1.19). Este valor encontra-se muito afastado do valor mínimo de 2.1 esperado para a substituição de gerações. O documento revela também que a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é de 29.5 anos, sendo que na região centro é de 29.8 anos, mantendo assim a sua tendência crescente ao longo dos últimos anos.

A própria vivência da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal e o seu ajustamento à maternidade tem sofrido alterações devido à conjuntura socioeconómica.

Nos últimos cinquenta anos assistimos a várias e significativas mudanças daquilo que é a concepção do ser Mãe, fruto dos avanços tecnológicos, investigação psicológica e dinâmicas sociais, sobretudo as relacionadas com o planeamento familiar, a anticoncepção e a entrada maciça das mulheres no mundo do trabalho, tal como descreve Leal (2005). A autora salienta ainda as mudanças que ocorreram no conceito da família, que passou de alargada a nuclear e que, por sua vez, deu lugar às famílias monoparentais, às famílias reconstituídas, às com duplas carreiras e às famílias alternativas. A mãe, outrora figura dadora de afeto, passou de mãe prestadora de cuidados para ser, atualmente, a mãe que se culpabiliza por tudo o que pode acontecer ou não ao seu filho, carregando ainda a pressão de ser uma supermulher, como forma de corresponder às exigências e estereótipos da sociedade. O projeto de ser mãe é um projeto de vida, mas árduo em diversos aspetos.

A “concretização do papel materno” foi um conceito introduzido em 1961 por Rubin, posteriormente substituído pelo conceito “tornar-se mãe”. Este, mais do que o cumprimento

de um papel, representa a transformação e o crescimento da identidade materna, envolvendo a aprendizagem de novas competências e o aumento da autoconfiança, à medida que a mãe enfrenta os novos desafios de cuidar do seu filho (Mercer, 2004, citado por Manning, 2006, p. 531).

Os dez princípios fundamentais da atenção perinatal assinalados pela Organização Mundial de Saúde indicam que a assistência da mulher na gestação, no parto normal e no pós-parto deve contemplar as seguintes recomendações: não ser medicalizada; ser baseada no uso de tecnologia apropriada; ser baseada em evidências científicas; ser regionalizada e baseada num sistema eficiente de referência e articulação (cuidados diferenciados e cuidados primários); ser multidisciplinar e multiprofissional; ser integral e atender às necessidades emocionais, intelectuais, sociais e culturais da mulher e família; estar centrada na família e ser dirigida ao casal; ser apropriada, ou seja, deve ter em conta as diferenças culturais; ter em consideração o consentimento informado, respeitando a tomada de decisão da mulher; e por último, respeitar a privacidade, dignidade e confidencialidade da mulher (OMS, 1996, citado por Enderle, Kerber, Susin, Mendoza-Sassi, 2012) .

Estes princípios asseguram fortemente a proteção e a promoção da saúde das mulheres que pretendem a maternidade. Assim, os profissionais de saúde são responsáveis pela promoção de vivências positivas da mulher no pós-parto, potenciando as suas competências e favorecendo, desta forma, o aumento da sua autoestima (Enderle, Kerber, Susin & Mendoza-Sassi, 2012, p. 384).

Após o parto a mulher depara-se com um conjunto de alterações que operam ao nível biológico, psicológico e social, que a confrontam com a necessidade de viver adaptações que a tornam mais vulnerável ao desequilíbrio psicológico e emocional. As alterações psicoemocionais do puerpério resultam de um fenómeno intercultural designado de *Blues* pós-parto caracterizado por um estado depressivo transitório que engloba, sobretudo, sentimentos de labilidade emocional, disforia e choro, entre outros. O momento ideal para avaliar a presença de alterações psicoemocionais do puerpério é após a alta hospitalar, altura em que as mulheres se sentem, muitas vezes desajustadas e com excesso de fadiga devido às alterações do seu padrão do sono e dos diversos cuidados que um recém-nascido necessita 24 horas por dia. Quando a puérpera não consegue resolver de forma positiva os desafios desta nova fase tende a prolongar o seu estado depressivo, correndo assim o risco de desenvolver formas mais graves de perturbação de humor (Figueiredo, 2001; Sousa & Leal, 2007).

Também a autoestima da mulher pode sofrer variações ao longo do ciclo gravídico-puerperal devido às constantes adaptações a que está sujeita e à vulnerabilidade em que esta se encontra. Os estudos demonstram que o conhecimento da autoestima durante o ciclo gravídico-puerperal é fundamental para avaliar o risco desta vir a desenvolver sintomas depressivos no pós-parto, pelo que a sua avaliação é imprescindível (Fontaine & Jones, 1997; Lowdermilk & Perry, 2006).

Os enfermeiros são considerados profissionais de excelência pela importante relação terapêutica que conseguem estabelecer com a mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Possuem, assim, importantes ferramentas que lhes permitem estabelecer relações de ajuda com as puérperas que manifestam necessidades acrescidas de informação e orientação, sobretudo no que respeita aos cuidados e exigências do recém-nascido, e que necessitam de maior apoio psicológico e emocional neste momento tão especial das suas vidas (Lowdermilk & Perry, 2006; Figueiredo, 2001).

Com efeito, sabendo que as alterações psicoemocionais do puerpério resultam de um fenómeno intercultural de prevalência elevada e sabendo que a autoestima poderá influenciar a sua presença, assim como as características sociodemográficas e obstétricas, torna-se necessário apostar na investigação empírica desta temática, no sentido de se intervir face às necessidades das mulheres que se encontram em maior risco de desenvolver perturbações psicoemocionais, contribuindo assim, para o bem-estar e saúde das mulheres, bebé, cônjuge e família.

Desta forma, sabendo da importância desta temática, surgem as seguintes questões que merecem uma investigação empírica:

- Que alterações psicoemocionais ocorrem no puerpério, entre a 4<sup>a</sup> e a 6<sup>a</sup> semana após a data do parto?
- Que variáveis sociodemográficas têm efeito nas alterações psicoemocionais do puerpério?
- Qual a relação entre as variáveis contextuais ao parto e as alterações psicoemocionais do puerpério?
- Qual a influência das variáveis contextuais à amamentação nas alterações psicoemocionais do puerpério?
- Qual a influência da autoestima e as alterações psicoemocionais do puerpério?

Assim sendo, desenvolvemos um estudo do tipo quantitativo, de forma a conhecer as alterações psicoemocionais do puerpério e a identificar as relações entre as variáveis sociodemográficas, variáveis contextuais ao parto e à amamentação e as alterações

psicoemocionais. E ainda, avaliar o efeito da autoestima nas alterações psicoemocionais do puerpério.

Na primeira parte foi feita uma revisão da literatura sobre gravidez e maternidade, parto e pós-parto, alterações psicoemocionais do puerpério com uma breve abordagem do fenómeno de *blues* pós-parto, psicose puerperal e depressão pós-parto e por último, a autoestima. A segunda parte diz respeito à apresentação da metodologia e resultados, finalizando com as conclusões e sugestões do estudo.

**PARTE I**  
**Enquadramento Teórico**



## 1. Ciclo Gravídico-Puerperal

O ciclo gravídico-puerperal é uma fase marcada por alterações significativas na vida da mulher as quais envolvem aspetos sociais, profissionais, familiares, conjugais mas, sobretudo, pessoais (Bortoletti, 2007).

Neste capítulo será delineada a psicodinâmica feminina durante o ciclo gravídico-puerperal de forma a compreendermos as suas particularidades.

### 1.1. Gravidez e Maternidade

A gravidez e a maternidade são muitas vezes confundidas como sinónimas. Apesar de intimamente relacionadas, representam duas realidades e vivências perfeitamente distintas entre si. Importa, por isso, enquadrar estes conceitos, a fim de compreendermos algumas das suas particularidades.

A gravidez ou período gravídico é um acontecimento biológico e refere-se ao período decorrido entre a concepção e o parto, com uma duração média de cerca de 40 semanas. Esta fase do ciclo de vida da mulher, cada vez mais rara e tardia, encerra um significado demasiado vasto e complexo, de grandes expectativas e simbolismos (Leal, 2005).

Segundo Erickson (1959), citado por Leal (2005) a gravidez constitui um período rico em experiências e potencialmente crítico ou de crise de desenvolvimento, o que implica um deslocamento do equilíbrio anterior e ainda, uma maior vulnerabilidade pessoal, tal como acrescenta Leal (1999), citado por Leal (2005). Assim, enquanto que algumas gravidezes correspondem a uma etapa feliz da vida de um casal, ascendendo a uma parentalidade desejada e socialmente esperada, outras são marcadas por acontecimentos de vida difíceis e complexos. A gravidez reproduz uma forma de confirmação da identidade sexual da mulher, um momento particular, de retorno a si própria, de grande investimento, não só no seu próprio corpo e imagem pessoal, mas também no seu bebé ( Leal, 2005).

Ao longo da gravidez o comportamento feminino sofre alterações e a forma como cada mulher responde emocionalmente a estas variações está intimamente ligada à sua personalidade, à relação com o seu parceiro e restantes familiares, ao contexto em que a própria gravidez ocorreu, bem como as suas próprias repercussões, entre outros fatores (Bortoletti, 2007). Existe pois, um misto de sentimentos em torno da gestação ou, como descreve Bortoletti (2007), uma ambivalência afetiva em torno dos ganhos e perdas que

uma gravidez implica. Esta premissa é igualmente sustentada por Lederman (1996, citado por Corbett, 2006), que se refere a esta etapa como sendo potencialmente stressante, enquanto a mulher se prepara para um novo nível de preocupações e responsabilidades, mas ao mesmo tempo, compensadora. Acrescenta ainda tratar-se de uma etapa de crescimento, passando por vários níveis de desenvolvimento, seja pela aceitação da gravidez, a identificação com o papel de mãe, a reorganização das suas relações, nomeadamente como o seu companheiro e a sua mãe, o estabelecimento de uma relação com o feto e ainda pela preparação para o nascimento. Esta etapa implica modificações no autoconceito da mulher.

O autor Maldonado (2002) citado por Bortoletti (2007) identifica a regressão como um dos fenómenos fisiológicos de extrema relevância na gestação. Esta alteração que considera ser fisiológica, manifesta-se através de comportamentos infantilizados, fundamentais para os cuidados que a mulher irá prestar ao recém-nascido, contribuindo, desta forma, para a relação mãe/bebé. No contexto da ambivalência afetiva, o autor destaca a hipersensibilidade emocional da mulher grávida. A suscetibilidade emocional desencadeia oscilações de humor, mesmo perante situações insignificantes do dia a dia. Estas alterações emocionais têm uma relação estreita com as mudanças corporais que permeiam a gravidez desde o início, provocando angústias e inseguranças e comprometendo mesmo a sua identidade feminina.

A maternidade, por sua vez, é descrita por Leal (2005) como algo que transcende, em diversos níveis, a gravidez. Distancia-se do período gravídico ao assumir-se como um projeto a longo prazo, projeto esse que exige um envolvimento suficiente e capaz, na prestação de cuidados e afetos que promovam o desenvolvimento saudável e harmonioso do recém-nascido, bem como outras iniciativas, atuações e responsabilizações. O projeto de ser mãe requer não apenas o desejo de ter um filho, mas sobretudo o desejo de ser mãe.

Enquadrada na dinâmica da sociedade num determinado momento, a maternidade surge edificada por padrões de cultura em que determinadas concepções, como a infância, a qualidade de vida e os direitos e deveres dos cidadãos, se vestem de uma extrema relevância (Leal, 2005).

De acordo com Dolto (2005, citado por Bortoletti 2007, p. 21), a palavra “mãe” significa a “representação humana da criatividade, o próprio símbolo da fertilidade”. A experiência de ser mãe é, tal como a gravidez, uma experiência única e profunda na vida de uma mulher.

## 1.2. Parto e Pós-parto

O trabalho de parto e o nascimento representam o final da gravidez, o início da vida extrauterina para o recém-nascido e uma importante mudança na vida familiar.

Segundo o documento de consenso da Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME, 2009), o parto constitui um evento natural, mobilizador e marcante na vida da mulher/casal e de toda a família, inserido num determinado espaço de tempo e numa determinada cultura.

A experiência do parto varia consideravelmente de cultura para cultura, sendo influenciada por valores, costumes, crenças e ainda pelos demais contextos de prática de cuidados. Desde as primeiras civilizações que são conhecidos inúmeros significados culturais que foram sendo atribuídos ao parto e que continuam a sofrer transformações através das gerações. Apesar de todo o investimento crescente e dos conhecimentos baseados na evidência científica, este acontecimento mantém-se vinculado a costumes e preconceitos que influenciam igualmente a mulher e o casal, bem como a própria conduta dos profissionais de saúde. Atualmente, os esforços são no sentido de promover um parto normal/natural, ou seja, um modelo pouco intervencionista e mais humanizado, em que a fisiologia, como pressuposto, constitui o principal desafio do nascimento. E ainda, um modelo que possibilite à mulher uma maior autonomia, ou seja, um maior controlo sobre o próprio parto, com direito à opção fundamentada e escolha informada.

O parto normal é definido como um “processo fisiológico único com o qual a mulher finaliza a sua gravidez de termo, em que estão implicados factores psicológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento e não implica mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo” (FAME, 2006 citado por FAME, 2009, p. 20).

Os estudos revelam as inúmeras vantagens de um parto normal, que respeita o rumo da natureza e a dinâmica de cada nascimento, pois o bebé nasce no tempo certo, o que facilita a sua adaptação à vida extrauterina, o contacto pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida; do ponto de vista psicológico, potencializa o processo de vinculação mãe/recém-nascido e facilita a interação com o companheiro/pai; do ponto de vista físico, os benefícios prendem-se com a recuperação materna mais rápida, sendo os riscos de hemorragia e infeção amplamente menores, possibilitando que mulher regresse ao ativo mais cedo, o que implica menores custos sociais e de saúde (FAME, 2009).

De acordo com a Junta de *Andalucía* (2005, citada por FAME, 2009), a mulher deve ser o centro da assistência prestada durante todo o processo gravídico-puerperal, isto é,

durante a gravidez, parto e pós-parto. Adicionalmente, Steele (1998, citado por FAME, 2009), acrescenta que os cuidados devem ser centrados na mulher e adequados às suas necessidades e circunstâncias, com o respeito máximo pelas suas opiniões.

O parto é um momento mágico, muito esperado, mas igualmente temido pelas mulheres. Segundo Bortoletti (2007) as grávidas verbalizam que têm medo do parto por inúmeras razões, entre as quais, a insegurança relacionada com a capacidade de parir, a capacidade de exercer o papel de mãe e o receio de perderem a dinâmica da vida anterior ao parto.

Conforme Maldonado (2003), citado por Bortoletti (2007), mesmo que o parto ocorra em circunstâncias ideais, a carga emocional é tão grande que é impossível eliminar totalmente os receios, seja pela imprevisibilidade da situação, bem como pela “perda” do cordão umbilical e o tão esperado encontro com o bebé “real”. Este primeiro contacto, pode despertar na mãe o receio de não conseguir satisfazer as necessidades básicas para o desenvolvimento saudável do seu bebé. Pode, igualmente, ser decepcionante, quando este contacto com o bebé real não corresponde exatamente ao que ocorria com o bebé da sua fantasia. O mesmo autor defende a importância da preparação emocional da mulher para o nascimento e maternidade, e não exclusivamente para o tipo de parto, de forma a minimizar as possibilidades desta se sentir frustrada. Tal como já foi referido anteriormente, o novo papel é naturalmente gerador de ansiedades e preocupações e requer muitas adaptações e reestruturações, sobretudo maternas.

É consensual entre vários autores de que o pós-parto representa o período mais delicado do ciclo gravídico-puerperal, marcado por uma grande vulnerabilidade emocional que geralmente afeta ambos os pais. Constitui um momento que comporta mudanças e reajustamentos em vários contextos, sobretudo respeitantes ao ajustamento parental (Lowdermilk & Perry, 2006; Bartoletti, 2007; Mendes, 2009).

A limitação temporal do início do pós-parto é unânime entre os vários autores, isto é, após o parto. Todavia, as opiniões oscilam em relação ao seu fim, bem como em relação ao ponto de vista conceptual. O conceito de pós-parto é mais abrangente do que o conceito de puerpério que, para a grande maioria dos autores, se baseia apenas na recuperação física e adaptação fisiológica da mulher à maternidade (Mendes, 2009).

Assim sendo, e tal como defende Afonso (2000, citado por Mendes, 2009), o pós-parto engloba não somente a recuperação fisiológica do puerpério, mas também, o conjunto de processos de ajustamento à identidade materna, de aprendizagem ao papel de mãe, de adaptação ao novo elemento da família e de reestruturação das relações familiares e sociais.

Mendes (2009, p. 68) define pós-parto como sendo um período transitório, “de continuidade de um processo já vivido e, pelas circunstâncias pessoais e interpessoais que envolvem a mulher, o homem e a família, confere uma vivência e experiências únicas nas dimensões físicas, psíquicas e sociais”.

Para Crum (2006), o pós-parto é designado, muitas vezes, por puerpério e compreende o espaço de tempo decorrido entre o nascimento e o retorno dos órgãos reprodutores da mulher ao seu estado pré-gravídico. O puerpério, também designado de quarto trimestre, tem uma duração média de 6 semanas, variando este tempo de mulher para mulher.

No que respeita à fisiologia materna, as modificações ocorrem ao nível metabólico, bioquímico, hormonal e anatómico, nos diversos sistemas e estruturas associadas. Estas mudanças manifestam-se através de um conjunto de sinais e sintomas, que constituem os habituais desconfortos do puerpério, ainda que sejam de expressão e intensidade variáveis, entre mulheres. Os reajustamentos fisiológicos e as manifestações de desconforto ocorrem essencialmente ao nível do aparelho reprodutor, sistema endócrino, sistema urinário, sistema gastrointestinal, sistema cardiovascular, sistema nervoso, sistema músculo-esquelético e, por último, ao nível do sistema tegumentar (Crum, 2006).

### 1.3. Transição Para a Parentalidade / Ajustamento Materno

A transição para a parentalidade corresponde ao período de tempo desde a decisão pré-concepcional até aos primeiros meses após o nascimento, durante o qual os pais definem os seus novos papéis e se adaptam à parentalidade. Termina naturalmente quando os pais desenvolvem um sentimento de confiança e conforto no desempenho dos respetivos papeis (Manning, 2006).

São vários os autores que defendem a premissa de que a reformulação da identidade e a reorganização das relações interpessoais é uma realidade presente, tanto na mãe como no pai do bebé (Canavarro & Pedrosa, 2005; Manning, 2006).

Da revisão da literatura, salienta-se uma clara ideia de complexidade da transição para a parentalidade traduzida, não apenas pela complexidade de influências e fatores determinantes, mas também pelas múltiplas interações em causa.

Segundo Canavarro e Pedrosa (2005) citado por Mendes (2009), o nascimento é um momento especial, que implica grandes e profundas mudanças na vida de ambos os pais, sobretudo quando se trata do primeiro filho. Os autores consideram este processo de

ajustamento um percurso de aprendizagem de ambos os pais, quer na relação consigo próprios, quer na relação com o bebé, quer ainda na sua relação conjugal.

Figueiredo (2004) citado por Mendes (2009) acrescenta que o impacto do nascimento estende-se de igual forma à família alargada.

Estudos demonstram evidências de que a qualidade do relacionamento conjugal da puérpera e da sua relação com os elementos femininos próximos, nomeadamente a sua mãe, é particularmente determinante para a sua saúde mental (Matthey, Barnett, Ungener & Brent, 2000 citado por Mendes, 2009).

Outros estudos revelam ainda que o modo como ambos os pais se adaptam à parentalidade é determinada pela vivência destes com a sua família de origem durante a infância e, inclusive, com a relação dos próprios pais entre si (Belsky & Isabella, 1985, citado por Mendes, 2009).

Relativamente à relação conjugal, o nascimento de um filho implica uma reorganização da dinâmica do relacionamento anterior e a preparação conjunta para a parentalidade. Para além das mudanças que operam a nível dos processos operacionais, como é exemplo a partilha das tarefas domésticas e dos cuidados prestados ao bebé, Colman e Colman (1994, citado por Mendes, 2009) destacam as mudanças que ocorrem a nível do relacionamento sexual. A conciliação do papel parental com o relacionamento sexual pode ser particularmente difícil e delicada, sobretudo, e uma vez mais, quando se trata de um primeiro filho.

Apesar de a literatura dar especial relevo à relação conjugal como fator determinante da adaptação à parentalidade, importa referir que as próprias mudanças implicadas nesta transição, nos diversos contextos, também acabam por se refletir na qualidade da relação dos cônjuges (Cowan & Cowan, 1988, citado por Canavarro & Pedrosa, 2005).

Santana (2007), da sua revisão da literatura, assinala que o casal com bom relacionamento afetivo, se encontra bem informado e esclarecido acerca das dúvidas e receios, bem como das mudanças esperadas, superando mais facilmente as dificuldades que surgem na adaptação à nova realidade, que consideram ser naturalmente passageira e superficial.

Para o casal, esta época surge, por um lado, como um período de riscos de desencontros e insatisfação e, por outro lado, como um período de oportunidade de ascender a níveis mais gratificantes no contexto das relações conjugal e familiar (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Existe uma influência evidente dos contextos sociais na adaptação à parentalidade, principalmente na vertente materna e, sobretudo no que concerne ao contexto profissional e suporte social. É unânime entre os autores que as maiores exigências de conciliação dos cuidados prestados ao bebé e das tarefas profissionais são maternas. O apoio instrumental e o apoio emocional são fundamentais para a conciliação destes papéis. O pai do bebé e a família alargada são identificados como sendo as fontes de apoio mais relevantes e indispensáveis (Canavarro & Pedrosa, 2001).

As primeiras três semanas do pós-parto são habitualmente referidas pela mãe como muito cansativas, uma vez que esta se encontra focalizada nas necessidades do seu bebé durante 24 horas por dia. Neste contexto, Bortoletti (2007) defende que o nascimento de um filho exige toda a atenção e dedicação materna, pelo que requer uma grande proteção das suas reservas emocionais, que são essenciais para a relação desta com o seu bebé.

Nystrom e Ohrling (2004, citado por Mendes, 2009) enunciaram as categorias da perspectiva materna acerca da experiência da parentalidade, identificadas no primeiro ano de vida do bebé: a satisfação e confiança no papel de mãe, a preocupação e o esforço por ser a primeira pessoa responsável pelo bem-estar do bebé, a gestão do tempo disponível para o autocuidado e, por último, a sensação de fadiga e de esgotamento físico.

Manning (2006) na sua revisão da literatura, descreve três fases que se manifestam no processo de adaptação materna, caracterizadas por comportamentos dependentes, comportamentos dependentes-independentes e comportamentos interdependentes.

A primeira fase, designada de dependente, corresponde às primeiras 24 a 48h após o nascimento do bebé e é caracterizada pelo predomínio das necessidades de dependência materna, pelo grande entusiasmo materno e o seu desejo de verbalizar a experiência do parto. Nesta fase, a atenção e a energia da mãe é centrada no bebé, pelo que, o seu descanso cai, muitas vezes, no esquecimento.

A fase dependente-independente é a fase seguinte, durante a qual, habitualmente, a mãe tem alta. É caracterizada pelo facto da mãe se tornar mais independente e mais interessada na aprendizagem de competências para cuidar do bebé. Nesta altura, a fadiga é identificada como um problema comum a nível físico, afetando vários parâmetros da vida da mãe, nomeadamente, a relação com o parceiro e outros familiares e a gestão das responsabilidades domésticas. A perda de peso e da sua forma, as relações sexuais e as dores e os desconfortos, como é exemplo as hemorroidas, são outras preocupações físicas manifestadas. Nas primíparas, é comum surgirem ainda sentimentos de insegurança e constrangimento pela fadiga e inexperiência nos cuidados prestados ao bebé. É nesta fase que é frequente o surgimento do *blues* pós-parto, também designado de *baby-blues*.

Este fenómeno de extrema relevância manifesta-se através de um sentimento de desânimo e tristeza, acompanhado por alguma irritabilidade e ansiedade, labilidade emocional, com choro fácil e sem razão aparente. Pela importância que este fenómeno representa nas alterações psico-emocionais do puerpério, será devidamente aprofundado no capítulo seguinte.

Por último, segue-se a fase interdependente, que corresponde ao período em que a mãe e a família evoluem enquanto unidade, com interação entre os membros. Esta fase assinala a reafirmação do relacionamento com o companheiro e a retoma da atividade sexual.

A transição para a parentalidade é considerada um acontecimento indutor de stress familiar normativo, ou seja, que é comum à maioria das famílias, esperado e de duração temporal limitada. Tal como explica Boss (2002, citado por Canavarro & Pedrosa, 2005), o conceito de stress familiar não é necessariamente negativo nem positivo, mas sim um conceito neutro, que apenas significa mudança. Pode, no entanto, resultar em crise familiar, ou seja, numa perturbação do equilíbrio da família quando esta, perante a situação de mudança, não consegue gerir ou fazer uso das estratégias de *coping* adequadas. Mesmo os pais que se encontram psicologicamente bem adaptados, podem experienciar perturbações psicológicas após o nascimento do bebé e desenvolver, inclusive, uma crise familiar (Canavarro e Pedrosa, 2005; Lowdermilk & Perry, 2006; Vaz-Serra, 2011).

## 2. Alterações Psicoemocionais do Puerpério

Estudos revelam que o pós-parto constitui a altura em que as manifestações psicopatológicas se podem manifestar com maior probabilidade do que qualquer outra altura da sua vida, sendo por isso, caracterizado como um período de elevado risco para a saúde mental da mulher.

Este facto, tal como já foi referido anteriormente, prende-se com o conjunto de modificações que ocorrem no puerpério, quer a nível biológico, como psicológico e social, que confrontam a mulher com a necessidade de viver adaptações que a tornam naturalmente mais vulnerável ao desequilíbrio psicológico, mas que podem igualmente contribuir para a aquisição de novas competências psicológicas e sociais (Figueiredo, 2001).

Vários autores têm vindo a distinguir as dificuldades das mulheres se adaptarem às mudanças biológicas, psicológicas, conjugais e familiares, decorrentes do nascimento do bebé.

No que respeita às mudanças biológicas, salientam o facto do corpo da mulher sofrer alterações progressivas durante a gravidez, contrariamente ao que ocorre após o nascimento, em que essa mudança ocorre de forma abrupta. O mesmo acontece com as variações hormonais durante a gravidez e após o nascimento. Ou seja, enquanto que durante a gravidez os níveis de progesterona e estrogénio aumentam progressivamente, após o parto estes valores sofrem uma diminuição muito significativa e os valores de prolactina um aumento brusco (O'Brien & Pitt, 1994; Wieck, 1996, citado por Figueiredo, 2001).

Em relação às mudanças psicológicas decorrentes do nascimento, estes privilegiam as alterações na autonomia e identidade materna. Já ao nível conjugal, destacam as alterações que decorrem essencialmente do novo papel parental e da conciliação deste com a vida conjugal/sexual, destacando, por último as diversas alterações familiares, no sentido em que a presença do novo membro vai interferir com o equilíbrio já estabelecido entre os diferentes membros da família (Figueiredo, 2001).

Segundo a American Psychiatric Association (APA, 2000, citado por Lowdermilk & Perry, 2006), as perturbações do humor são a patologia mental mais frequente do pós-parto e ocorrem habitualmente nas 4 semanas a seguir ao nascimento.

De acordo com Figueiredo (2001), as alterações psicoemocionais resultam do fenómeno reconhecido designado de *blues* pós-parto ou tristeza materna, que é

considerado um estado depressivo benigno e transitório, mas que pode, em alguns casos, evoluir para formas mais graves, podendo mesmo antecipar uma depressão pós-parto.

Para Rosenberg (2007, p.114), os problemas do pós-parto são tradicionalmente divididos em: “*maternity blues* ou tristeza materna ou disforia materna, depressão puerperal e psicose puerperal”.

Assim sendo, para além da importante questão das alterações psico-emocionais decorrentes do *Blues* pós-parto, importa abordar, igualmente, as perturbações psicopatológicas do puerpério, nomeadamente a Psicose Puerperal e a Depressão Pós-parto (DPP), no sentido de uma melhor compreensão do tema e suas particularidades.

Estas referidas perturbações reúnem algumas características em comum, nomeadamente: a estreita relação temporal que possuem com o nascimento do bebé, sendo que cada uma dela ocorre num *timing* preciso; a reconversão mais rápida, característica do puerpério, contrariamente ao que aconteceria em qualquer outro momento da vida da mulher; e por último, a sintomatologia que se relaciona, exclusivamente, com a temática do parto e do bebé (Figueiredo, 2001).

Rosenberg (2007) alerta para a necessidade ímpar de se proceder à identificação precoce e precisa dos transtornos psicoemocionais da gravidez e do puerpério, tendo sempre como linha de atuação a promoção da integridade biopsicossocial da grávida, bebé e família, no sentido de favorecer e facilitar a formação de vínculos saudáveis. E relembra que a concretização deste objetivo só se torna possível através de um trabalho de equipa e de prevenção, sobretudo ao nível primário.

A este respeito, Lowdermilk e Perry (2006), consideram os enfermeiros os profissionais de excelência, que se encontram estrategicamente posicionados para proporcionar uma adequada orientação antecipatória, para realizar a avaliação mental da puérpera, implementar intervenções terapêuticas e para referenciar a situação, quando necessário.

## 2.1. *Blues* Pós-Parto

O fenómeno de *blues* pós-parto foi descrito, inicialmente, por Moloney, em 1952, que o definiu como sendo uma reação depressiva envolvendo sintomas de fadiga, receio e dificuldades cognitivas, tendo a denominação de “*third day depression*” (Leal & Maroco, 2010).

Foi nos anos cinquenta que surgiram os primeiros trabalhos de investigação sobre as alterações emocionais do puerpério imediato, então designadas de “*Maternity Blues*” (Henshaw, 2003, citado por Leal & Maroco, 2010).

O *blues* pós-parto é um fenómeno intercultural com elevada prevalência, de carácter transitório e benigno, ocorrendo em mulheres saudáveis do ponto de vista físico e psicológico.

O *blues* pós-parto é considerado uma forma breve e moderada de perturbação de humor, englobando sentimentos de labilidade emocional, disforia, choro, irritabilidade, ansiedade, insónia, fadiga, perda de apetite, tensão, hostilidade, confusão e alterações cognitivas. Contudo, os investigadores privilegiam, como sintomas nucleares deste fenómeno, a labilidade emocional e as crises de choro. Os sintomas podem durar apenas algumas horas, todavia, na maioria dos casos, permanecem durante cerca de dois dias e nunca persistem por mais de três.

Os estudos revelados na revisão da literatura demonstram que aproximadamente 50% a 85% das mulheres desenvolvem esta perturbação (Cantilino; Zambaldi ; Souget; Rennó, 2010) .

O *blues* pós-parto apresenta uma estreita relação temporal com o parto, uma vez que em todos os casos ocorre na primeira semana a seguir ao nascimento do bebé. Normalmente inicia-se entre o 3º e o 4º dia, registando-se um pico por volta do 5º dia, e nunca se verifica a partir do 10º dia do puerpério (Leal & Maroco, 2010; Lowdermilk & Perry, 2006; Figueiredo, 2001).

Os estudos empíricos revelam ainda que por volta do 3º ou 4º dia após o parto, uma grande maioria das mulheres, sente um mal-estar físico e psicológico, exhibe uma elevada preocupação com o bebé, podendo manifestar dificuldades em amamentar e em cuidar dele. Tanto exalta alegria e energia, como de repente chora sem razão aparente, manifesta ansiedade e tensão, podendo mesmo evoluir para a irritabilidade e hostilidade para com quem a rodeia (Figueiredo, 2001, Lana, 2001, citado por Leal & Maroco, 2010).

A maior parte dos autores é consensual na opinião de que as mudanças de humor, neste contexto, não são relacionáveis com as variáveis sociodemográficas, com as complicações obstétricas, com a vulnerabilidade prévia à doença psicopatológica, com as circunstâncias adversas da vida, e mesmo com o suporte social da mãe (O’Hara et al., 1990, Pitt, 1973, Kennerley & Gath, 1989, Yalom et al., 1968, Hapgood et al., 1988, citado por Figueiredo, 2001).

Todavia, outros autores apontam para investigações que patenteiam que o *blues* pós-parto é mais frequente em mulheres que são mães pela primeira vez, em situações de

partos difíceis, cesarianas, falta de experiência nos cuidados ao recém-nascido e no caso da alimentação do bebé depender de substitutos do leite materno (Henshaw, 2003, citado por Leal & Maroco, 2010).

Leal & Maroco (2010) salientam os estudos realizados por Glangeaud-Freudenthal, Crost e Kaminski (1999) e por Murata et al. (1998) que revelaram que as mulheres com menor apoio social e suporte por parte da família, na primeira semana após o nascimento, manifestaram níveis mais elevados de *blues* pós-parto. O autor considera ainda outros estudos empíricos, que apontam que as mulheres que manifestam *blues* pós-parto mais intensos ou mais prolongados apresentam maior risco de desenvolver depressão pós-parto (Henshaw, 2003; Beck et al., 1992; May et al., 2000; Figueiredo, 2001; Glangeaud-Freudenthal et al., 1999).

A revisão da literatura demonstra que o *blues* pós-parto resulta das variações hormonais do pós-parto e dos fatores psicossociais (Lana, 2001 et al., citado por Leal & Maroco, 2010).

Assim sendo, do ponto de vista hormonal, ocorre uma quebra acentuada nos valores de progesterona e de estrogénio, que foram aumentando progressivamente durante a gravidez, e verifica-se um aumento brusco nos valores de prolactina, hormona responsável pela lactação. Do ponto de vista psicológico, os estudos sugerem que certas características da personalidade, como a ansiedade, o neuroticismo e estratégias passivas de *coping*; a presença de problemas emocionais na gravidez; as reações negativas à aparência física do bebé e as dificuldades emocionais da mãe em lidar com ele, favorecem a aparecimento do fenómeno em questão (Figueiredo, 2001, citado por Leal & Maroco, 2010).

Um estudo recente realizado por Faisal-Cury e Menezes (2006) revelou que a ansiedade no puerpério é significativa, sendo que o risco de ansiedade aumenta com a presença de intercorrências do recém-nascido e quanto maior o número de filhos, ao passo que o maior suporte social e a maior faixa etária da mulher diminuem o seu risco.

O *blues* pós-parto, de acordo com Figueiredo (2001), é um fenómeno normal e adaptativo que não requer tratamento e, por isso não é considerado uma perturbação psicopatológica. Pode, inclusive, constituir uma resposta emocional adequada, facilitadora da aproximação da mãe ao bebé.

Todavia, apesar do seu carácter benigno não deve nunca, por tudo o que foi referido anteriormente, ser menosprezado pelos profissionais de saúde.

## 2.2. Psicose Puerperal

Marcé (1858) foi o primeiro a dedicar-se ao estudo desta perturbação grave decorrente do parto, defendendo que a sua sintomatologia não era em nada diferente da psicose decorrente de outra situação, em qualquer outro momento da vida da mulher (Figueiredo, 2001).

Brocking (1996, citado por Figueiredo, 2001) caracteriza a psicose puerperal pela emergência repentina e inesperada da sintomatologia psicótica, em que a puérpera se distancia da própria realidade e, em particular, do recém-nascido.

É considerada a perturbação mais grave comparativamente ao blues pós-parto e à depressão pós-parto, mas também, aquela que apresenta uma incidência inferior, de cerca de 0.2%. Apesar de considerada transitória, os autores assinalam as implicações adversas e severas que a psicose pode ter para a saúde da mãe e do bebé (Cantilino, Zambaldi, Souget, Rennó, 2010).

No que concerne à sintomatologia, esta tem um início repentino, apesar de geralmente ser precedida de uma ou duas noites de insónia, e é caracterizada por um quadro de confusão aguda. Os sintomas mais característicos são: as insónias, a confusão, a desorientação, a agitação, os comportamentos bizarros, as ideias de referência e alucinação (Shapiro & Nass, 1986, Ziporyn, 1984, citado por Figueiredo, 2001). Estes sintomas normalmente sofrem oscilações repentinas, ou seja, a puérpera alterna entre momentos de adaptação à realidade e prestação adequada dos cuidados ao recém-nascido e momentos de perda total do contacto com a realidade, acompanhada, inclusive, de uma atitude de indiferença para com o bebé (Klompenuwer, 1991, citado por Figueiredo, 2001).

No que respeita ao *timing*, tal como o *blues* pós-parto, a psicose também tem início nos momentos imediatos ao nascimento do recém-nascido. Figueiredo (2001), revela dados de estudos empíricos que mostram que não se registam casos de psicose puerperal antes do 3º dia ou depois da 4ª semana do pós-parto, sendo que a maioria tem início durante a primeira semana do nascimento, e mais de dois em três casos, tem início durante as duas primeiras semanas. Os estudos demonstram ainda que a duração do surto psicótico é habitualmente de cinco a doze meses, sendo sempre inferior à duração de um surto que ocorra num outro momento da vida da mulher.

Do ponto de vista etiológico, é consensual entre vários autores assinalados por Figueiredo (2001), que os fatores biológicos relacionados com o parto e a vulnerabilidade psicopatológica prévia da mulher, são considerados os fatores etiológicos mais relevantes da perturbação em questão. No contexto biológico, ressaltam as variações hormonais

bruscas dos níveis de estrogénio e progesterona, decorrentes do parto, tal como se verifica no *blues* pós-parto. No que concerne aos fatores psicossociais e socioculturais, vários estudos têm revelado que não existe qualquer relação entre estes e a ocorrência de psicose puerperal, com exceção da primiparidade (Kumar, 1994, citado por Figueiredo, 2001).

A revisão da literatura adverte para a necessidade de um diagnóstico precoce com vista a uma intervenção rápida e eficaz, no sentido de evitar o impacto adverso, tanto para a mãe como para o bebé. O risco para o bebé é, de facto, enorme, pois a fase maníaca pode dominar e impulsionar a puérpera a agredi-lo, sem que esta tenha a noção da sua atitude. Nesta perturbação existe o risco de infanticídio e o risco de suicídio da puérpera, pelo que requer, geralmente, internamento hospitalar (Rosenberg, 2007).

### 2.3. Depressão Pós-Parto

Segundo O'Hara (1997, p. 172, citado por Figueiredo, 2001), a depressão pós-parto (DPP) tem sido definida como uma perturbação de humor, “que pode ser identificada pela presença de um episódio depressivo *major* que surge na total ausência de sintomatologia psicótica e se estabelece em estreita relação temporal e temática com o nascimento do bebé, tendo quase sempre início entre o 2º e o 3º mês do pós-parto”.

A DPP pode causar, tal como as restantes perturbações repercussões na interação mãe-bebé (Cantilino, Zambaldi, Souget & Rennó, 2010).

A DPP foi definida pela primeira vez em 1968 pelo autor Pitt no primeiro estudo empírico sobre esta perturbação (Figueiredo, 2001).

Existem opiniões controversas no que respeita à necessidade de distinguir a DPP em relação à depressão que ocorre em momentos que não estão relacionados com o parto.

Figueiredo (2001) revela alguns elementos identificados por vários autores, que permitem distinguir este tipo de depressão: a baixa ocorrência da ideação e comportamento suicida (Appleby, 1998); a diminuição, ainda mais acentuada, do prazer e desejo sexual (Kumar & Robson, 1984); as queixas que são maioritariamente físicas, como a fadiga, falta de apetite e dores de cabeça, comparativamente aos sintomas cognitivo-emocionais (Augusto et al., 1996; Troutman & Cutrona, 1990); por último e o mais notório, a sua temática, pelo facto desta se desenvolver especificamente em torno do desempenho do papel materno e do bebé (Beck, 1992; Hopkins, Campbell & Marcus, 1989; Pitt, 1968).

No contexto da sintomatologia, é ainda característico da DPP, a elevada ansiedade e preocupação, quase exclusivamente centradas no bebé; o elevado sentimento de culpa, por esta não se sentir capaz de amar e cuidar de forma adequada do bebé; e a baixa autoestima, por a puérpera considerar ter um mau desempenho enquanto mãe (Figueiredo, 2001).

Lowdermilk (2006) acrescenta que os sintomas de DPP, apenas diferem dos das restantes perturbações de humor, no que se refere aos complexos de culpa e incapacidade que alimentam os sentimentos de incompetência e inadequação do papel parental.

Estudos constataram que o facto das queixas físicas serem, por norma, o motivo de procura de ajuda por parte da puérpera, se deve, muitas vezes, à dificuldade que estas têm em reconhecer ou admitir a presença de outros sinais, como é exemplo a tristeza, pelo sentimento de culpa que essa vivência desperta, face à pressão social e cultural que impõe que o nascimento de um bebé corresponde sempre a uma vivência emocional positiva por parte da mãe (Figueiredo, 2001).

Na DPP, as mudanças de humor normalmente agravam no fim do dia e, no caso de existir insónias, estas não são matinais, mas sim características ao adormecer (Pitt, 1968, citado por Figueiredo, 2001).

No que respeita à incidência da DPP, O'Hara e Swan (1996, citado por Figueiredo, 2001) assinalam uma meta análise de 59 estudos, desenvolvidos em diversos países, cuja incidência é de cerca de 13%.

Em relação ao timing, tal como acontece nas perturbações anteriores, também a depressão existe numa estreita relação com o nascimento.

A revisão da literatura realizada por Figueiredo (2001), menciona estudos que demonstram que, cerca de 75% dos casos, têm início entre o segundo e o terceiro mês do puerpério.

Oates (1996, citado por Figueiredo 2001) defende que a décima semana constitui a altura ideal para o rastreio da DPP, uma vez que é precisamente nesta fase que é possível identificar um número considerável de puérperas a iniciar uma DPP.

No que concerne à duração e severidade da depressão, os estudos mais recentes apontam para um grau de severidade maior e uma maior duração, em oposição aos primeiros estudos que indicavam uma duração média de 3 a 4 meses. A gravidade da depressão deve-se, em grande parte, tal como já foi referido, ao facto de uma grande maioria não recorrer a ajuda especializada e também, ao facto desta situação não ser, muitas das vezes,

detetada pelos próprios profissionais dos cuidados de saúde primários (Oates, 1996, Seeley, Murray & Cooper, 1996, citado por Figueiredo, 2001).

As publicações mais recentes reúnem consenso na atribuição da responsabilidade da DPP às variáveis psicossociais da vida da mulher, durante a gravidez e puerpério. Assim sendo, as adversidades de carácter social, as dificuldades do relacionamento conjugal, a ausência do suporte social e os acontecimentos adversos são fatores que favorecem esta perturbação.

Com efeito, um estudo com 6.000 mulheres descrito por Cooper et al. (1996, citado por Figueiredo, 2001) revelou que a ausência de suporte social e a história anterior de depressão, avaliadas durante a gravidez, representam as variáveis de maior impacto na previsão de emergência de DPP.

Também as circunstâncias negativas relativas ao bebé foram relacionadas em estudos que demonstraram que a prematuridade e os problemas de saúde do recém-nascido podem favorecer ou condicionar a emergência de DPP. Estes fatores podem, pois, implicar maiores dificuldades da mãe em prestar cuidados ao recém-nascido, dificuldades no estabelecimento do vínculo afetivo mãe-bebé, e ainda, interferir na autoestima materna (Figueiredo, 1997, citado por Figueiredo, 2001).

Com efeito, um estudo recente realizado por Faisal-Cury e Menezes (2006, citado por Perosa, Canavez, Silveira, Padovani & Peraçoli, 2009) demonstrou uma associação significativa entre a ansiedade materna no primeiro mês de puerpério e as intercorrências com o recém-nascido.

Em 2000, a APA identificou como fatores de risco para a DPP, a história pessoal ou familiar de perturbações de humor, sintomas de ansiedade ou de alteração de humor durante a gravidez e ainda, a presença de *blues* pós-parto (Lowdermilk, 2006).

Segundo Bosoky e Corwin (2002, citado por Lowdermilk, 2006), a investigação demonstrou que a fadiga materna, sentida nos sete dias após o parto, é preditiva para a DPP ao vigésimo oitavo dia do puerpério.

Adicionalmente, Beck (2002, citado por Lowdermilk, 2006) publicou uma versão revista do *Postpartum Depression Predictors Inventory*, enunciando treze fatores de risco da DPP, hierarquizados, sendo os três últimos aqueles cuja relação com a DPP é menos significativa: depressão pré-natal, baixa autoestima, stress por cuidar do bebé, ansiedade pré-natal, vida stressada, ausência de suporte social, relação conjugal problemática, história prévia de depressão, temperamento difícil do bebé, *blues* pós-parto; estando na base da hierarquia: o estado civil de solteira, a baixa condição socioeconómica e a gravidez não planeada ou não desejada.

Mais recentemente, um estudo publicado em 2006, realizado em 400 mulheres na Tailândia, constatou que a ansiedade e o suporte social presentes no terceiro trimestre de gravidez e nas primeiras seis a oito semanas do pós-parto, são variáveis preditores da DPP. Os autores deste estudo alertam para os benefícios e necessidade de avaliação dos fatores de risco da DPP durante a gravidez e no pós-parto, nomeadamente, a autoestima, o stress, a ansiedade e o suporte social (Liabsuetrakul, Vittayanont & Pitanupong, 2007).

Silva, Araújo, Araújo, Carvalho & Caetano (2010), encontraram no seu estudo qualitativo, três alterações emocionais que se revelaram mais marcantes nas puérperas que apresentam DPP: o choro, o nervosismo e a tristeza.



### 3. Autoestima

O autoconceito e a autoestima são elementos interrelacionados mas que encerram diferentes significados, pelo que se torna pertinente abordar ambos.

Com efeito, Rosenberg (1965) refere-se à autoestima como a avaliação que a pessoa faz e geralmente mantém em relação a si própria, a qual implica um sentimento de valor, que engloba uma componente predominantemente afetiva, expressa numa atitude de aprovação ou desaprovação em relação a si mesma (citado por Romano, Negreiros & Martins, 2007).

Para Vaz-Serra (1986), a autoestima representa a faceta mais importante do autoconceito e está associada aos aspetos avaliativos que o indivíduo elabora a seu respeito, baseado nas suas capacidades e desempenhos (citado por Romano, Negreiros & Martins, 2007).

De acordo com Vaz-Serra (1986), a construção da autoestima engloba três processos: a avaliação refletida que, no fundo, representa a repercussão que a avaliação do indivíduo, feita pelos outros, tem sobre o próprio indivíduo; a comparação social, que surge quando o indivíduo se compara com os seus pares sociais, nas alturas em que não é detentor de uma informação objetiva sobre determinado comportamento seu; e, por último, a autoatribuição, que se prende com a tendência que o indivíduo tem em tirar ilações a seu respeito, sobre as suas ações, em função do sucesso ou fracasso dos seus esforços (citado por Vaz-Serra, 2011).

Enquanto o autoconceito é definido por Vaz-Serra (2011, p. 463) como a “percepção que um indivíduo tem de si próprio” e do mundo à sua volta, a autoestima é definida como sendo o resultado da avaliação que o indivíduo faz de si próprio. Segundo o autor, as identidades da autoestima relacionam-se com o conteúdo do autoconceito, sendo a autoestima uma parte integrante do mesmo.

Segundo Vaz-Serra (2011), um indivíduo que formaliza objetivos e tem sucesso no seu alcance, adquire um bom sentido de competência e melhora a sua autoestima. Pelo contrário, quando os objetivos ficam longe de terem êxito, a autoestima diminui e o indivíduo tende a auto-depreciar-se.

Tubesing e Tubesing (1994, citado por Vaz-Serra, 2011) mencionam que quem possui uma boa autoestima tem tendência a aceitar-se como realmente é e a sentir que tem valor, direito à amizade e ao respeito dos outros. Para além disso, os autores acrescentam que, por norma, têm tendência a acreditar mais no seu julgamento do que no dos outros,

para além de deterem mais mecanismos de defesa perante o stress, não só porque confiam em si e nas suas aptidões, mas também porque têm tendência a aceitarem os acontecimentos desagradáveis como sendo um desafio e não uma ameaça.

Em contrapartida, Vaz-Serra (2011) refere que os indivíduos com baixa autoestima, geralmente, não se consideram capazes de lidar com determinadas circunstâncias, reagem mal a críticas, ficam perturbados perante a rejeição, adoptam uma atitude passiva perante a vida e sentem-se inferiorizados em relação aos outros.

O autor, do ponto de vista clínico, menciona algumas características típicas de quem tem uma autoestima baixa, entre elas: a tendência para sobrevalorizar as suas ações ou o seu desempenho social perante os outros, no intuito de compensar as suas experiências de auto-depreciação; O sentimento de inveja perante os bens, aptidões, estatuto ou os recursos sociais dos outros, que emerge frequentemente devido ao sentimento de inferioridade. Este facto pode tornar a pessoa possessiva, sobretudo no que respeita a exigir a atenção das pessoas mais próximas.

Salienta ainda que as pessoas com baixa autoestima não admitem facilmente os seus erros perante os outros, mesmo que estes sejam evidentes; Podem gostar de se fazer sobressair perante os seus subordinados, humilhando-os ou rebaixando-os; Sentem-se inseguras perante responsabilidades, manifestam medo do fracasso e criam baixas expectativas no que respeita ao seu desempenho em grandes projetos; Não conseguem ser naturalmente francas e espontâneas a exprimir as suas opiniões e sentimentos, com receio da censura; É igualmente característico da baixa autoestima, o facto de terem, por norma, um mau perder.

Vaz-Serra (2011), salienta que a autoestima baixa relaciona-se com o desenvolvimento de transtornos psicopatológicos e relembra os trabalhos de Brown, Harris e Bifulco (1986) e Brown (1987) que demonstram que a baixa autoestima, perante acontecimentos indutores de stress, constitui um fator de vulnerabilidade e de risco para a depressão, sendo três vezes superior ao das pessoas com uma boa autoestima.

Também os autores Turner e Roszell (1994, citado por Vaz-Serra, 2011) verificaram, na sua revisão de literatura, que a autoestima baixa se encontra frequentemente associada a alcoolismo, consumo de drogas, comportamento agressivo e tendências suicidas. Adicionalmente, a autoestima baixa é descrita como sendo um dos efeitos negativos adversos da situação de desemprego.

A revisão da literatura é consistente na ideia de que não é fácil avaliar a autoestima. Esta ideia surge associada à singularidade da autoestima como fenómeno e, também, à

existência de uma grande diversidade de instrumentos a que se recorre para a sua avaliação.

Contudo, esta avaliação nunca deve ser menosprezada, muito pelo contrário, durante o ciclo gravídico-puerperal.

Vários estudos demonstram que a autoestima da mulher pode sofrer oscilações, decorrentes das inúmeras adaptações e stress a que a mulher se encontra sujeita nos processos de gravidez e nos processos de transição para a parentalidade (Canavarro & Pedrosa, 2005; Vaz-Serra, 2011).

Segundo Figueiredo (2001), as mulheres com DPP manifestam uma quebra acentuada na autoestima, sendo que a mãe considera que não está a desempenhar adequadamente o seu papel de mãe. O autor, na sua revisão de literatura, menciona estudos que demonstram que as circunstâncias negativas do bebé podem favorecer a emergência de DPP, como é exemplo a prematuridade, uma vez que resultam numa maior dificuldade da mãe em cuidar do bebé, interferindo assim na sua autoestima.

Jones e Fontaine (1997) constataram, através de um estudo de correlação entre a autoestima, otimismo e a DPP, que a autoestima é uma variável preditora de baixos níveis de sintomas depressivos, tanto durante o último trimestre de gravidez, como nas 2 e 6 semanas do pós-parto. No seu estudo, os autores alertam para a importância de se avaliar a autoestima da mulher durante a gravidez, de forma a avaliar o risco desta vir a desenvolver perturbações psicoemocionais no pós-parto. Este facto, permite aos profissionais de saúde delinear estratégias adequadas de prevenção e promoção da saúde da grávida/puérpera no processo de adaptação à maternidade.

Outros estudos realizados no âmbito do puerpério demonstraram que a prestação de informação e apoio eficazes às puérperas tende a aumentar o seu bem-estar e a sua autoestima (Huq & Tasmin, 2008, citado por Prata, 2009).

Neste contexto, e mais recentemente, Prata (2009) publicou um estudo que revela existirem associações entre o grau de conhecimentos da puérpera, a autoestima, o stress e a ansiedade. Com efeito, demonstrou que após o aconselhamento estruturado, os níveis de autoestima e o grau de conhecimentos tendem a aumentar, enquanto o nível de stress e o grau de ansiedade tendem a diminuir. Este estudo conclui, assim, que a puérpera sujeita a programas de aconselhamento e de educação para a saúde em contexto de cuidados de saúde primários, revela maior capacidade e facilidade de adaptação ao processo de transição para a maternidade.

Silva, Araújo, Araújo, Carvalho & Caetano (2010), no seu estudo qualitativo, cujo objetivo era conhecer a interação das puérperas com DPP com os seus filhos e

compreender a percepção dos familiares, constatou que a autoestima limitada constitui um dos fatores de risco relacionados à DPP mais citados pelas entrevistadas. Nas suas conclusões, ressalva a ideia de que a avaliação da autoestima deve ser parte integrante dos cuidados de enfermagem na vigilância pré-natal.

**PARTE II**  
**Investigação Empírica**



## 4. Metodologia

Neste capítulo, serão definidos os procedimentos metodológicos que irão dar resposta às questões de investigação colocadas. Assim, especificaremos o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, os procedimentos éticos e o tratamento estatístico previsto.

### 4.1. Métodos

Os demais estudos premeiam o puerpério como um período crítico e delicado para a mulher, alertando para a necessidade ímpar de se conhecer e identificar atempadamente as alterações psicoemocionais do puerpério.

A revisão da literatura aponta para o facto de serem as perturbações de humor as alterações psicoemocionais mais frequentes, que ocorrem habitualmente nas primeiras 4 semanas a seguir ao nascimento (APA, 2000, citado por Lowdermilk & Perry, 2006).

Segundo Leal e Maroco (2010), é consensual entre os autores que o reconhecido fenómeno de *blues* pós-parto, decorrente das alterações psicoemocionais, apresenta um carácter transitório e benigno e ocorre habitualmente entre o 3º e o 4º dia do pós-parto, nunca se prolongando para além do 10º dia.

A autoestima é considerada como uma das variáveis determinantes das alterações psicoemocionais, sobretudo da DPP, pelo que a sua avaliação durante o ciclo gravídico-puerperal deve ser privilegiada. Este facto permite aos profissionais conhecer a autoestima da puérpera e identificar atempadamente o risco de desenvolver perturbações psicoemocionais no puerpério (Silva, Araújo, Araújo, Carvalho & Caetano, 2010; Vaz-Serra, 2011).

Tanto as alterações psicoemocionais como a autoestima requerem uma abordagem atenta e individualizada, com o intuito final da promoção da saúde e do bem-estar da puérpera e, por conseguinte, do bebé e de toda a família.

Perante os estudos reveladores de grande preocupação com a dimensão psicoemocional da puérpera, que foram anteriormente abordados, surge a necessidade de investigar se as alterações psicoemocionais, se relacionam com as variáveis sociodemográficas, variáveis contextuais ao parto e contextuais à amamentação, bem como

com a autoestima da puérpera. Torna-se, ainda, fundamental analisar se o nível desta produz efeitos sobre essas mesmas alterações.

Dado não conhecermos em Portugal estudos que orientem acerca do resultado esperado das relações estabelecidas entre as variáveis sociodemográficas, contextuais ao parto, contextuais à amamentação e a autoestima nas alterações psicoemocionais da puérpera, formulámos as seguintes questões de investigação:

- Que alterações psicoemocionais ocorrem no puerpério, entre a 4<sup>a</sup> e a 6<sup>a</sup> semana após a data do parto?
- Que variáveis sociodemográficas têm efeito nas alterações psicoemocionais do puerpério?
- Qual a relação entre as variáveis contextuais ao parto e as alterações psicoemocionais do puerpério?
- Qual a influência das variáveis contextuais à amamentação nas alterações psicoemocionais do puerpério?
- Qual a influência da autoestima e as alterações psicoemocionais do puerpério?

### **Objetivos**

Para a concretização do presente estudo, definiram-se os seguintes objetivos gerais:

- Identificar as alterações psicoemocionais decorrente no puerpério, entre a 4<sup>a</sup> e a 6<sup>a</sup> semana após a data do parto;
- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam as alterações psicoemocionais do puerpério;
- Analisar a relação entre as variáveis contextuais ao parto e as alterações psicoemocionais do puerpério;
- Analisar a relação entre as variáveis contextuais à amamentação e as alterações psicoemocionais do puerpério;
- Avaliar a influência da autoestima nas alterações psicoemocionais do puerpério.

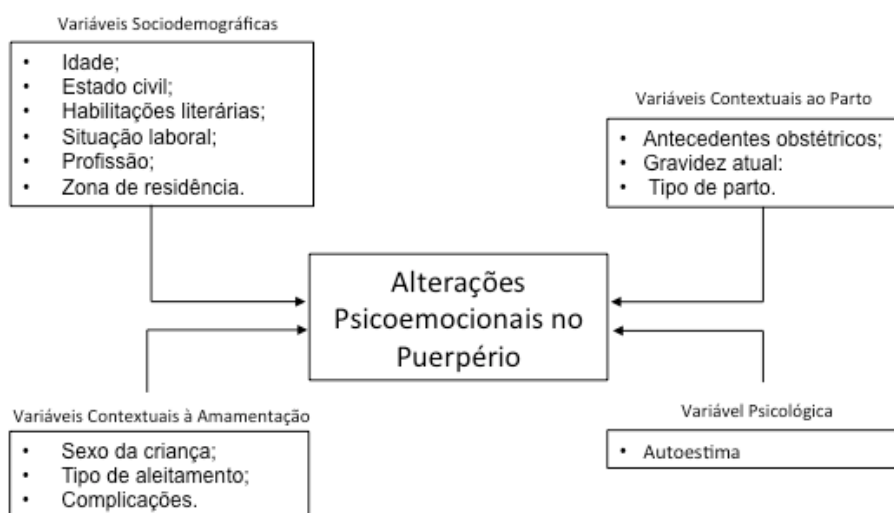
### Tipo de Estudo

Este estudo é um estudo quantitativo em corte transversal, uma vez que os dados são colhidos num determinado momento, correlacional e explicativo, no sentido em que procura explicar a associação, sentido e o modo como as diferentes variáveis influenciam as alterações psicoemocionais do puerpério. Pretende prever a relação entre as diferentes variáveis (sociodemográficas, contextuais ao parto, contextuais à amamentação e autoestima) e as alterações psicoemocionais e, simultaneamente, precisar a grandeza dessas mesmas relações.

### Esquema conceptual de base

Face às características do tipo de estudo delineado e das variáveis escolhidas, apresentamos de forma pictográfica o esquema de investigação que pretendemos desenvolver e onde se estabelece a relação entre as diferentes variáveis em estudo.

**Figura 1 -** Esquema conceptual de base



#### 4.2. Participantes

A população alvo do estudo é constituída por puérperas inscritas nas unidades funcionais do ACES Dão Lafões. Pelas dificuldades em se aceder a uma população tão vasta e flutuante, propusemo-nos definir uma população acessível. Assim sendo, definiu-se que a mesma seria composta pelas puérperas inscritas na USF Lusitana, USF Infante D. Henrique, USF Viseu Cidade, UCSP Mangualde e UCSP São Pedro do Sul, no período de

Junho a Dezembro de 2013, no momento da consulta de revisão de puerpério (quatro a seis semanas após a data do parto).

Foram excluídas puérperas com diagnóstico conhecido de doença mental crónica prévia à gravidez.

Foi desta população alvo que procurámos uma amostra por conveniência, constituída por 175 puérperas.

#### 4.2.1. Caracterização sociodemográfica

##### Idade

Na nossa amostra, a média de idade das puérperas foi de 31.21 anos ( $\pm 4.81$ ), oscilando entre o mínimo de 17 e o máximo de 47 anos, com uma dispersão moderada e valores de assimetria e curtose que apontam para curvas gaussianas. (cf. tabela 1)

**Tabela 1.** Estatísticas da idade das puérperas.

Idade	n.	Min.	Máx.	Média	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K-S
Puérperas	175	17	47	31.21	4.81	15.41	- 0.842	0.969	0.005

Para uma melhor análise foram constituídos dois grupos etários, verificando-se que o grupo etário mais prevalente é o das puérperas com idade inferior ou igual a 34 anos (77.7%). (cf. tabela 2)

**Tabela 2.** Idade das puérperas, por grupo etário.

Idade (grupos)	n	%
<b>&lt;=34 anos</b>	136	77.7
<b>&gt;=35 anos</b>	39	22.3
<b>Total</b>	175	100.0

##### Estado Civil

Para a totalidade da amostra, a maioria das puérperas referiu ter companheiro (92.6%) e apenas 7.4% referiu não ter companheiro. Todas as puérperas sem companheiro se incluem no grupo etário com idade inferior ou igual a 34 anos de idade). (cf. Tabela 3)

### **Habilitações literárias**

Em relação às habilitações literárias, a maioria revelou ter ensino superior (38,9%) ou ensino secundário (37.1%), 18.3% ensino básico e apenas 5.7% revelou ter ensino pós-graduado. Esta tendência foi semelhante nos diferentes grupos etários, verificando-se um equilíbrio entre o ensino secundário (39.0%) e ensino superior (38.2%), nas puérperas com idade inferior ou igual a 34 anos. (cf. Tabela 3)

### **Situação laboral**

No momento da aplicação do instrumento de colheita de dados, a maioria das puérperas encontrava-se em situação ativa (70.3%), ou seja, empregada a tempo inteiro, tempo parcial ou como trabalhadora independente/estudante. Esta maioria foi menos acentuada no grupo etário com idade igual ou superior a 35 anos, em que apenas 59.0% revelou atividade laboral, estando as restantes 41.0% em situação inativa. (cf. Tabela 3)

### **Profissão**

As profissões mais representativas nas puérperas da amostra foram as correspondentes às especialistas das atividades intelectuais e científicas (35.4%), seguidas dos técnicos e profissões de nível intermédio (13.7%), pessoal administrativo (10.9%) e trabalhadoras não qualificadas (10.3%). (cf. Tabela 3)

### **Zona de Residência**

Em termos de zona residencial, a amostra apontou para um equilíbrio entre as puérperas que habitavam em zonas urbanas (54.9%) e rurais (45.1%).

Tabela 3. Estatísticas de contexto sociodemográfico em função da idade da puérpera.

Idade	<=34 Anos		>=35 Anos		Total	
	n (=136)	%(77,7%)	N (=39)	%(22,3%)	N(=175)	%(100,0%)
<b>Estado Civil</b>						
Com Companheiro	123	90.4	39	100.0	162	92.6
Sem Companheiro	13	9.6	0	0.0	13	7.4
<b>Habilitações Literárias</b>						
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 Pós-Graduado	8	5.9	2	5.1	10	5.7
<b>Situação Laboral</b>						
Inativa	36	26.5	16	41.0	52	29.7
Ativa	100	73.5	23	59.0	123	70.3
<b>Profissão</b>						
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
<b>Zona de Residência</b>						
Rural	65	47.8	14	35.9	79	45.1
Urbano	71	52.2	25	64.1	96	54.9

#### 4.3. Instrumento de Recolha de Dados

Para a recolha de informação elaborámos um instrumento de recolha de dados (anexo IV), constituído por um questionário e duas escalas. O questionário permitiu-nos recolher dados relativamente ao contexto sociodemográfico, antecedentes obstétricos, dados relativos ao parto, recém-nascido e amamentação. As escalas permitiram-nos recolher informações relativas às alterações psicoemocionais e autoestima das puérperas, no momento da sua aplicação.

As questões relativas aos dados sociodemográficos foram constituídas pela idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, profissão e zona de residência. Em relação aos antecedentes obstétricos procurámos conhecer os antecedentes anteriores à

gravidez atual, (nomeadamente o número de partos de termo – entre as 37 e as 41 semanas; partos pré-termo - antes das 37 semanas; abortos - antes das 20 semanas; mortes fetais – após as 20 semanas; gravidezes ectópicas e número de filhos vivos), dados relativos à gravidez atual ou seja, se a gravidez foi normal ou de risco (hipertensão arterial, diabetes gestacional ou outro motivo), dados relativos ao parto (nomeadamente o tipo de parto, parto simples ou gemelar; a duração do trabalho de parto, a presença de episiotomia e/ou lacerações e, também, a sua experiência em relação ao trabalho de parto). Em relação aos dados do recém-nascido (RN) e amamentação, procurámos identificar o sexo do RN, tipo de aleitamento, complicações relacionadas com a amamentação e o motivo dessas complicações.

Na segunda parte do instrumento de recolha de dados, foram seleccionadas as escalas de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério - EAAPP (Sousa & Leal, 2010) e escala de autoestima de Rosenberg, adaptado por Santos e Maia (1999, citado por Romano, Negreiros & Martins 2007).

#### **4.3.1. Escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério - EAAPP**

Esta escala foi construída com o objetivo de avaliar as alterações psicoemocionais do puerpério percebidas pelas puérperas. Foi construída após uma revisão bibliográfica do construto blues pós-parto e, depois de definidas as suas dimensões constitutivas (sub-escalas), permitiu a formulação dos diferentes itens que as avaliavam. Inicialmente era constituída por 54 itens, mas após tratamento estatístico foram excluídos 38 itens, ficando a versão final com apenas 16 itens, cada um deles com relação a um fator distinto. Assim, os 16 itens da escala, dividem-se em 3 fatores:

- Ansiedade – engloba 8 itens (1,6,4,14,2,8,15,16);
- Sentimentos depressivos – engloba 4 itens (3, 7, 11, 12);
- Preocupação – engloba 4 itens (5, 9, 10, 13);

Cada item é cotado numa escala tipo Likert de 1 (nunca) a 6 pontos (sempre), sendo a variação total entre 16 e 96 pontos. A interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior a pontuação, mais elevados são os níveis de alterações psicoemocionais do puerpério percebido pelas puérperas. (cf. tabela 4)

**Tabela 4.** Intervalos de referência para a interpretação dos resultados

<b>Cotação</b>	<b>Parâmetros de Interpretação</b>
[1 – 3[	Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos
[3 – 5[	Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados
[5 – 6[	Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos

Fonte – Sousa e Leal, 2010

### Caracterização psicométrica da escala

Em relação aos valores médios e respectivos desvios padrão, pudemos observar que todos os itens se situavam abaixo do ponto médio da escala, oscilando entre os 1.44 no item 9 “*Senti-me aterrorizada*” e os 2.84 no item 15 “*Senti cansaço mental*”. (cf tabela 5)

Os valores de alfa de Cronbach poder-se-ão classificar de muito bons pois oscilam entre 0.933 e 0.937 com um alfa global da escala de 0.939. O coeficiente de bipartição de split half revelou para a primeira metade um valor de alfa de Cronbach de 0.878, e para a segunda um valor ligeiramente mais forte, de 0.909.

**Tabela 5.** Consistência Interna da Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério

	Média	Dp	r-item	α Cronbach se item for eliminado
1 – Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebê	2.50	1.23	0.514	0.939
2 – Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebê	1.94	1.11	0.497	0.939
3 – Senti-me triste e deprimida	2.37	1.29	0.758	0.933
4 – Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebê	2.28	1.27	0.625	0.937
5 – Tive dificuldade em me acalmar	2.22	1.19	0.746	0.934
6 – Senti-me esgotada	2.85	1.32	0.695	0.935
7 – Senti-me melancólica e desanimada	2.31	1.25	0.803	0.932
8 – Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebê	2.34	1.19	0.560	0.938
9 – Senti-me aterrorizada	1.44	0.91	0.680	0.936
10 – Dei por mim a ficar agitada	2.13	1.13	0.767	0.933
11 – Tive crises de choro	2.23	1.27	0.716	0.934
12 – Senti-me sozinha	2.03	1.18	0.621	0.937
13 – Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso	1.80	1.06	0.735	0.934
14 – Senti dificuldades em relaxar	2.42	1.25	0.723	0.934
15 – Senti cansaço mental	2.84	1.34	0.711	0.934
16 – Senti-me cansada e/ou fraquejar	2.66	1.29	0.726	0.934
α Cronbach	0.939			
Coeficiente Split half – Primeira metade	0.878			
Segunda metade	0.909			

Analisando o fator **ansiedade**, obtivemos bons valores de alfa uma vez que estes oscilam entre 0,844 no item 16 “*Senti-me cansada e/ou fraquejar*” e 0.863 no item 2 “*Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebê*”. O alfa de Cronbach desta subescala foi de 0.869.

Relativamente ao fator **sentimentos depressivos**, mantiveram-se bons valores de alfa oscilando entre 0.817 no item 3 “*Senti-me triste e deprimida*” e 0.882 no item 12 “*Senti-me sozinha*”. O alfa de Cronbach desta subescala foi de 0.881.

No que concerne ao fator **preocupação**, à semelhança das subescalas anteriores, verificaram-se bons valores de alfa oscilando entre 0.789 no item 10 “*Dei por mim a ficar agitada*” e 0.817 no item 9 “*Senti-me aterrorizada*”. Para esta subescala, o alfa de Cronbach foi de 0.847. (cf tabela 6)

**Tabela 6.** Consistência Interna da Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério, por fatores

	Média	Dp	r-item	$\alpha$ Cronbach se item for eliminado
<b>Ansiedade <math>\alpha</math> Cronbach= 0.869</b>				
1 – Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé	2.50	1.23	0.539	0.862
2 – Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebé	1.94	1.11	0.522	0.863
4 – Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebé	2.28	1.27	0.641	0.851
6 – Senti-me esgotada	2.85	1.32	0.636	0.852
8 – Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebé	2.34	1.19	0.553	0.860
14 – Senti dificuldades em relaxar	2.42	1.25	0.698	0.845
15 – Senti cansaço mental	2.84	1.34	0.686	0.846
16 – Senti-me cansada e/ou fraquejar	2.66	1.29	0.699	0.844
<b>Sentimentos Depressivos <math>\alpha</math> Cronbach= 0.881</b>				
3 – Senti-me triste e deprimida	2.37	1.29	0.815	0.817
7 – Senti-me melancólica e desanimada	2.31	1.25	0.777	0.833
11 – Tive crises de choro	2.23	1.27	0.733	0.850
12 – Senti-me sozinha	2.03	1.18	0.643	0.882
<b>Preocupação <math>\alpha</math> Cronbach= 0.847</b>				
5 – Tive dificuldade em me acalmar	2.22	1.19	0.697	0.804
9 – Senti-me aterrorizada	1.44	0.91	0.671	0.817
10 – Dei por mim a ficar agitada	2.13	1.13	0.725	0.789
13 – Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso	1.80	1.06	0.667	0.814

Os valores de alfa de Cronbach constantes na tabela 7, revelaram que a EAAPP apresenta forte consistência interna quer em cada um dos fatores, quer no total. Já o coeficiente de bipartição de split half apresenta índices ligeiramente mais baixos o que é perfeitamente compreensível, uma vez que existe uma tendência do valor de alfa diminuir face à redução do número de itens. Nota-se que o valor global de alpha de Cronbach do nosso estudo é ligeiramente superior ao obtido na escala original nos fatores **sentimentos depressivos, preocupação** e no total.

**Tabela 7.** Alfa de Cronbach por fatores e total da escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério.

	Nr. Itens	Split Half		Alfa Global	Alfa global original*
		Parte 1	Parte 2		
<b>Ansiedade</b>	8	0.774	0.841	0.869	0.876*
<b>Sentimentos Depressivos</b>	4	0.889	0.737	0.881	0.836*
<b>Preocupação</b>	4	0.698	0.734	0.847	0.831*
<b>Alterações Psicoemocionais Total</b>	16	0.878	0.909	0.939	0.922*

\* Fonte – Sousa e Leal, 2010

Todos os itens apresentam correlações positivas e significativas e nas suas subescalas a correlação é sempre maior com o resultado da subescala do qual o item faz parte. (cf. tabela 8)

**Tabela 8.** Correlação de Pearson entre os itens da escala e os fatores ansiedade, sentimentos depressivos e preocupação

	Ansiedade	Sentimentos depressivos	Preocupação	Total
1 – Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé	0.654***	0.403***	0.455***	0.577***
2 – Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebé	0.629***	0.336***	0.499***	0.555***
3 – Senti-me triste e deprimida	0.647***	0.904***	0.723***	0.796***
4 – Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebé	0.739***	0.470***	0.601***	0.679***
5 – Tive dificuldade em me acalmar	0.673***	0.711***	0.849***	0.782***
6 – Senti-me esgotada	0.738***	0.655***	0.627***	0.742***
7 – Senti-me melancólica e desanimada	0.715***	0.879***	0.762***	0.834***
8 – Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebé	0.662***	0.419***	0.575***	0.617***
9 – Senti-me aterrorizada	0.639***	0.588***	0.799***	0.715***
10 – Dei por mim a ficar agitada	0.735***	0.655***	0.858***	0.799***
11 – Tive crises de choro	0.612***	0.855***	0.707***	0.759***
12 – Senti-me sozinha	0.539***	0.790***	0.590***	0.672***
13 – Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso	0.650***	0.734***	0.815***	0.769***
14 – Senti dificuldades em relaxar	0.781***	0.616***	0.674***	0.765***
15 – Senti cansaço mental	0.778***	0.641***	0.621***	0.757***
16 – Senti-me cansada e/ou fraquejar	0.784***	0.657***	0.634***	0.768***

\*\*\*  $p < 0.001$

Um dos aspectos importantes no estudo da validade da escala consistiu na determinação da matriz de correlação entre os diversos fatores e o valor global da escala. Os valores correlacionais apresentados revelaram-se bons, oscilando entre 0.734 no fator **sentimentos depressivos** vs fator **ansiedade** e 0.813 entre fator **preocupação** vs **sentimentos depressivos**. A correlação dos diferentes fatores com o total da escala foi igualmente boa, conforme se confirma na tabela 9.

**Tabela 9.** Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e as alterações psicoemocionais do puerpério

	Ansiedade	Sentimentos depressivos	Preocupação
<b>Sentimentos depressivos</b>	0.734***		
<b>Preocupação</b>	0.813***	0.812***	
<b>Total</b>	0.949***	0.893***	0.924***

\*\*\*  $p < 0.001$

#### 4.3.2. Escala de autoestima de Rosenberg

A Escala de autoestima de Rosenberg aparece como um instrumento que defende a natureza unidimensional do conceito de auto-estima. É constituída por 10 itens, 5 de orientação positiva e os restantes 5 de orientação negativa. Assume um formato do tipo *Likert*, com quatro alternativas de resposta: “Concordo Totalmente”; “Concordo”; “Discordo” e “Discordo Totalmente”. A cotação dos itens varia entre 1 e 4 pontos, sendo que elevados valores nas respostas aos itens, aparecem sempre associados a altos níveis de auto-estima, pois a cotação é invertida nos itens de orientação negativa.

Como a escala foi validada para a população portuguesa em 2007, considerámos, para efeitos do presente estudo, o coeficiente alfa de Cronbach de 0.740, sendo que o seu valor para a autoestima negativa é de 0.630 e para a autoestima positiva é de 0.740.

#### 4.3.3. Critérios de operacionalização de variáveis

No estudo das alterações psicoemocionais do puerpério é importante a análise das estatísticas sociodemográficas, para caracterização da amostra, apesar de alguns estudos terem demonstrado que não existe qualquer relação entre estas características e o tema central do nosso estudo (Henshaw, 2003, Glangeaud-Freudenthal, Crost & Kaminski, 1999 citados por Sousa & Leal, 2007).

Assim, optámos por operacionalizar as variáveis de contexto sociodemográfico de acordo com o constante na tabela 10.

**Tabela 10.** 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 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, estudante)	Qualitativa, nominal
Profissão	Questão aberta	Utilizados grupos da classificação nacional de profissões: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo 0 - Profissões das Forças Armadas</li> <li>• Grupo 1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos</li> <li>• Grupo 2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas</li> <li>• Grupo 3 - Técnicos e profissões de nível intermédio</li> <li>• Grupo 4 - Pessoal administrativo</li> <li>• Grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores</li> <li>• Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta</li> <li>• Grupo 7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices</li> <li>• Grupo 8 - Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem</li> <li>• Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados</li> </ul>	Qualitativa, nominal
Zona de Residência	Rural Urbano	Rural Urbano	Qualitativa, nominal

Todavia, os estudos de Henshaw (2003) citado por Sousa e Leal (2007) suportam a relação entre as variáveis de contexto ao parto e a presença de alterações psicoemocionais do puerpério.

Desta forma, optámos por operacionalizar estas variáveis de acordo com o constante na tabela 11.

**Tabela 11.** Operacionalização das variáveis contextuais ao parto

Variável	Apresentação no questionário	Operacionalização	Tipo
Partos de termo	Questão aberta	Nenhum Um parto de termo Mais de dois partos de termo	Qualitativa
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, lupus, síndrome de brugade, 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	Qualitativa
Épisiotomia	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

Glangeaud-Freudenthal, Crost e Kaminski (1999) citado por Sousa e Leal (2007) apresentam relação entre as variáveis contextuais à amamentação e a presença de alterações psicoemocionais moderadas ou severas no puerpério.

Assim, a operacionalização destas variáveis, encontra-se descrita na tabela 12.

**Tabela 12.** Operacionalização das variáveis contextuais à amamentação

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

#### 4.4. Procedimentos

A aplicação do estudo no terreno exigiu a definição de diligências preliminares. Assim, quanto ao instrumento de medida das alterações psicoemocionais (EAAPP) foi pedida autorização à autora da escala, Professora Doutora Isabel Leal (anexo I). Foi, também, elaborado o projeto de investigação e obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (anexo II) e, posteriormente, foi solicitada autorização ao Diretor Executivo do ACES Dão Lafões para aplicação do instrumento de recolha de dados. (anexo III)

Obtida anuência, foi efetuado contacto pessoal com as unidades funcionais no sentido de se iniciar a recolha da informação.

A recolha de dados foi realizada de forma livre e devidamente esclarecida, pois cada questionário fazia-se acompanhar da declaração de consentimento informado à participante/representante com os objetivos e o âmbito do estudo.

#### 4.5. Análise de Dados

A análise de dados foi precedida de uma avaliação de todos os questionários, no sentido de serem eliminados aqueles que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Seguidamente, procedeu-se à sua codificação e introdução dos dados 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 forma 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**

A análise descritiva dos dados é suportada em medidas de frequência, de tendência central ou de localização e medidas de variabilidade ou dispersão para além da distribuição, de acordo com as características das variáveis em estudo. As medidas de simetria Skewness (SK) serão obtidas pelo quociente SK/erro padrão (EP)<sup>1</sup> para um nível de significância ( $p= 0.05$ ) e de igual forma para as medidas de achatamento Kurtose (K)<sup>2</sup>.

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

<b>Coeficiente de Variação</b>	<b>Classificação do Grau de Dispersão</b>
$\leq 15\%$	Dispersão fraca
16% - 30%	Dispersão média
$> 30\%$	Dispersão elevada

Para a análise da relação entre variáveis recorreu-se à construção de tabelas de contingência e a testes de associação, nomeadamente o coeficiente *Kappa* de *Cohen* e coeficiente de contingência (Vde Cramer) e o Coeficiente de *Correlação de Pearson*, enquanto medida de associação linear e *Odds ratios*.

### **Análise Inferencial**

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

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições. A primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda, que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras. Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, enquanto que para

---

<sup>1</sup> Se SK/EP inferior a  $-1,96$  a distribuição diz-se assimétrica negativa ou enviesada à direita, aproximando-se o resultado dos valores máximos da distribuição; se SK/EP for superior a  $+1,96$ , a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda e aproximação dos valores mais baixos; Se o resultado for menor que  $1,96$  a distribuição é simétrica, (Pestana e Gageiro, 2008, p. 79).

<sup>2</sup> Se K/EP inferior a  $1,96$  a distribuição é mesocúrtica; se K/EP inferior a  $-1,96$  a distribuição é platicúrtica; K/EP superior a  $+1,96$  a distribuição é leptocúrtica, (Pestana & Gageiro, 2008, p. 80).

testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao *teste de Levene* visto tratar-se de um dos mais robustos (Maroco, 2007).

Os testes não paramétricos utilizaram-se como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes não se verificaram. Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

- Testes *t de Student* e teste não paramétrico de *U-Mann Whitney* (UMW);
- Análise de variância a um factor (ANOVA) ou teste de Kruskal-Wallis;
- Regressão linear simples e regressão múltipla;
- Equações estruturais *Path analysis*;
- Teste t a uma amostra:
  - Teste t emparelhado;
  - Teste de independência do Qui-quadrado e resíduos ajustados que nos indicam qual a célula que apresenta o comportamento diferente da média. Pestana e Gageiro (2008, p.133) consideram neste âmbito, para uma probabilidade igual ou inferior a 0.05, os seguintes valores de referência:
    - $\geq 1,96$  - Diferença estatística significativa (superior à média)
    - $< 1,96$  - Diferença estatística não significativa (Inferior ou igual à média)

Na análise estatística foram utilizados os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

As respostas omissas foram alvo de tratamento estatístico com o intuito de determinar se as mesmas, ao revelarem-se significativas, poderiam pôr em causa a validade do estudo.



## 5. Resultados

Neste capítulo, apresentamos os resultados obtidos no presente estudo, através da análise descritiva e inferencial.

### 5.1. Análise Descritiva

Passamos à análise descritiva das variáveis contextuais ao parto, contextuais à amamentação, alterações psicoemocionais do puerpério e autoestima.

#### 5.1.1. Variáveis contextuais ao parto

##### Paridade

A análise da paridade, indicou que a maioria das puérperas com idade igual ou inferior a 34 anos era primípara (n N=75, 55.1%) , ao passo que na faixa etária igual ou superior a 35 anos existia um equilíbrio entre as primíparas, puérperas do segundo filho e puérperas de três ou mais filhos ( 30.8%, 38.5% e 30.8%, respetivamente). (cf. tabela 14)

##### Antecedentes obstétricos anómalos

No que respeita aos antecedentes obstétricos anómalos, verificou-se que oito em cada dez puérperas não apresentava antecedentes (N=147; 84.0%), sendo que de entre as puérperas que apresentavam antecedentes anómalos, tiveram predomínio as puérperas com idade igual ou superior a 35 anos (N=7; 17.9%).(cf. tabela 14)

##### Gravidez de Risco

Quanto à gravidez atual, a maioria das puérperas referiu ter tido uma gravidez normal (N=132; 75.4%). A gravidez de risco surgiu numa pequena percentagem (24.6%) dividida de forma equilibrada em ambos os grupos etários ( idade inferior ou igual a 34 anos de idade = 23.5%; igual ou superior a 35 anos de idade = 28.2%). Dessas 42 puérperas (24.6%) cuja gravidez foi classificada de risco, nove (21.4%) referiram patologia médica ou fator de risco anterior à gravidez, enquanto as restantes (78.6%), referiram patologia surgida

na gravidez, com predomínio nas puérperas com idade igual ou superior a 35 anos (90%). (cf. tabela 14)

### **Tipo de Parto**

Em relação ao tipo de parto, verificou-se um equilíbrio nos resultados em que 47.4% corresponderam às puérperas com parto eutócico e 52.6% às puérperas com parto distócico. Esta tendência manteve-se em ambos os grupos etários. (cf. tabela 14)

### **Duração do Trabalho de Parto**

Relativamente à duração do trabalho de parto para o global da amostra 83.4% referiu ter estado até 18 horas em trabalho de parto estando as restantes 16.6% mais de 18 horas. Para esta variável, verificámos que em ambos os grupos etários a duração do trabalho de parto oscilava entre as 0 e as 48 horas, apresentando uma média de 10.07 ( $\pm$  8.72) no grupo etário com idade inferior ou igual a 34 anos e de 10.92 ( $\pm$ 12.22) em puérperas com idade igual ou superior a 35 anos. O coeficiente de variação indicou uma dispersão elevada e os valores de assimetria e curtose revelam curvas gaussianas. (cf. tabela 13)

**Tabela 13.** Estatísticas da Duração do Trabalho de Parto em função da idade das puérperas

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

### **Episiotomia**

No que concerne à prática de episiotomia, verificou-se que 53.7% das puérperas pertencentes ao grupo etário inferior ou igual a 34 anos de idade foram sujeitas a episiotomia, enquanto que em 64.1% da amostra do grupo etário com idade igual ou superior a 35 anos esta técnica não foi efetuada. (cf. tabela 14)

### **Lacerações**

Respetivamente às lacerações, contactou-se que 81.7% (N=143) respondeu não ter sofrido quaisquer tipos de lacerações ao contrário das restantes 18.3%. Esta realidade observou-se de forma similar nos diferentes grupos etários. (cf. tabela 14)

### Experiência em Relação ao Trabalho de Parto

Por ultimo, 64.6% da amostra (N=113) avaliou a sua experiencia em relação ao trabalho de parto como muito boa/boa em detrimento das 35.4% (N=62) cuja experiencia foi considerada má, sendo esta tendência comum aos dois grupos etários. (cf. tabela 14)

**Tabela 14.** Estatísticas contextuais ao parto

	<=34 Anos		>=35 Anos		Total	
	n (=136)	%(77,7%)	N (=39)	%(22,3%)	N(=175)	%(100,0%)
<b>Partos de termo (anterior à gravidez atual)</b>						
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
<b>Antecedentes Obstétricos Anômalos</b>						
Sem antecedentes	115	84.6	32	82.1	147	84.0
Com antecedentes	21	15.4	7	17.9	28	16.0
<b>Gravidez Atual</b>						
Normal	104	76.5	28	71.8	132	75.4
Risco	32	23.5	11	28.2	43	24.6
<b>Motivos para Gravidez de Risco</b>						
	n (=32)	%(23.5)	N (=1)	%(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
<b>Tipo de Parto</b>						
	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
<b>Duração do Trabalho de Parto (em horas)</b>						
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
<b>Episiotomia</b>						
Sim	73	53.7	14	35.9	87	49.7
Não	63	46.3	25	64.1	88	50.3
<b>Laceração</b>						
Sim	24	17.6	8	20.5	32	18.3
Não	112	82.4	31	79.5	143	81.7
<b>Experiência em Relação ao Trabalho de Parto</b>						
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. Variáveis contextuais à amamentação

##### Sexo do Recém-Nascido

Na totalidade da amostra estudada, prevaleceu um equilíbrio entre os recém-nascidos do sexo masculino (50.9%) e feminino (49.1%). No entanto, este equilíbrio não se verificou nas puérperas com idade igual ou superior a 35 anos de idade. (cf tabela 15)

### Tipo de Aleitamento

No que diz respeito ao tipo de aleitamento, verificou-se um predomínio do aleitamento materno exclusivo no total da amostra (71.4%), sendo que 23.4% das puérperas referiu oferecer leite materno e suplemento ao RN, enquanto que 5.1% referiu alimentar o seu RN com leite artificial. (cf. tabela 15)

### Complicações com a Amamentação

Das puérperas com RN em aleitamento materno (exclusivo ou com suplemento), 37.7% referiu ter tido complicações relacionadas com a amamentação. A grande maioria (81.8%) referiu complicações maternas (p. ex. mastite, congestão mamária, entre outras) e as restantes 18.2% apontou para complicações relacionadas com o recém-nascido (p.ex má pega, internamento na neonatologia, entre outras). (cf. tabela 15)

**Tabela 15.** Estatísticas contextuais à amamentação

	<=34 Anos		>=35 Anos		Total	
	n (=136)	%(77.7)	N (=39)	%(22.3)	N(=175)	%(100.0)
<b>Sexo do Recém Nascido</b>						
Masculino	64	47.1	25	64.1	89	50.9
Feminino	72	52.9	14	35.9	86	49.1
<b>Tipo de Aleitamento</b>						
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
<b>Complicações com a Amamentação</b>						
Sim	49	36.0	17	43.6	66	37.7
Não	87	64.0	22	56.4	109	62.3
<b>Tipo de complicações com a amamentação</b>						
	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. Estatísticas das Alterações Psicoemocionais do Puerpério**

Relativamente à ansiedade, encontrámos para as puérperas com idade igual ou inferior a 34 anos uma média de 2.48 ( $\pm 0.08$ ) e para as puérperas com idade igual ou superior a 35 anos, 2.44 ( $\pm 0.13$ ). O coeficiente de variação indicou fraca dispersão e as medidas de assimetria e curtose revelaram uma curva assimétrica correspondente ao grupo etário igual ou inferior a 34 anos e normocúrtica. Por sua vez, no grupo etário igual ou superior a 35 anos, a curva revelou-se gaussiana. (cf. tabela 16)

No que concerne aos sentimentos depressivos, as puérperas com idade igual ou inferior a 34 anos demonstraram uma média de 2.20 ( $\pm 0.09$ ), enquanto as pertencentes ao

grupo etário igual ou superior a 35 anos revelaram uma média de 2.36 ( $\pm 0.17$ ). O coeficiente de variação indicou fraca dispersão e as medidas de assimetria e curtose revelam uma curva assimétrica e normocúrtica no grupo etário igual ou inferior a 34 anos. Por sua vez, no grupo etário com idade igual ou superior a 35 anos, a curva revelou-se gaussiana. (cf. tabela 16)

Relativamente à preocupação, nas puérperas com idade igual ou inferior a 34 anos a média foi de 1.89 ( $\pm 0.08$ ) enquanto que nas puérperas pertencentes ao grupo etário igual ou superior a 35 anos a média foi de 1.92 ( $\pm 0.13$ ). O coeficiente de variação indicou fraca dispersão e as medidas de assimetria e curtose revelam curva assimétrica e normocúrtica, em ambos os grupos etários. (cf. tabela 16)

Analisando a tabela 16 relativamente à totalidade das alterações psicoemocionais, a média revelada nas puérperas com idade igual ou inferior 34 anos foi de 2.27 ( $\pm 0.08$ ), ao passo que nas puérperas com idade igual ou superior a 35 anos foi de 2.29 ( $\pm 0.12$ ). O coeficiente de variação indicou fraca dispersão e as medidas de assimetria e curtose revelaram curva assimétrica e normocúrtica no grupo etário inferior ou igual a 34 anos. Por sua vez, no grupo etário com idade igual ou superior a 35 anos, a curva revelou-se gaussiana.

**Tabela 16.** Estatísticas das alterações psicoemocionais em função da idade das puérperas

Alterações Psicoemocionais	n.	Min.	Máx.	Média	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K-S
<b>Ansiedade</b>									
<=34 anos	136	1.00	5.00	2.48	0.08	3.23	3.07	-.79	0.000
>=35 anos	39	1.13	4.50	2.44	0.13	5.32	1.67	0.24	0.000
<b>Sentimentos depressivos</b>									
<=34 anos	136	1.00	5.00	2.20	0.09	4.10	4.07	-0.55	0.000
>=35 anos	39	1.00	4.25	2.36	0.17	7.20	0.90	-1.39	0.000
<b>Preocupação</b>									
<=34 anos	136	1.00	5.00	1.89	0.08	4.23	5.87	1.94	0.000
>=35 anos	39	1.00	4.25	1.92	0.13	6.77	3.12	1.23	0.000
<b>Alterações psicoemocionais total</b>									
<=34 anos	136	1.00	5.00	2.27	0.08	3.52	4.24	0.28	0.000
>=35 anos	39	1.06	4.06	2.29	0.12	5.24	1.67	-0.09	0.000

Na análise dos diferentes fatores da escala das alterações psicoemocionais do puerpério, encontrámos resultados semelhantes na totalidade da amostra, no que diz respeito à ansiedade e aos sentimentos depressivos. Em pormenor, para a ansiedade verificámos que 28.0% da totalidade da amostra apresentava níveis de alteração moderados ou severos, sendo esta tendência mais frequente nas puérperas com idade igual ou inferior a 34 anos (29.4% apresentam níveis moderados ou severos de ansiedade).

No que diz respeito aos sentimentos depressivos, verificámos que 25.1% da amostragem em estudo apresentava níveis de alteração moderados ou severos. Estas alterações, apareceram com maior frequência nas puérperas com idade igual ou superior a 35 anos (28.2% apresentavam alterações moderadas).

Relativamente à preocupação, 16.6% das puérperas da amostra apresentavam níveis de alterações moderados ou severos. Nesta dimensão, os resultados apontaram para um equilíbrio nos diferentes grupos etários. (cf. tabela 17)

**Tabela 17.** Frequências absolutas das alterações psicoemocionais da puérpera

		<=34 Anos		>=35 Anos		Total	
		n (=136)	%(77,7%)	N (=39)	%(22,3%)	N(=175)	%(100,0%)
<b>Alterações Psicoemocionais</b>							
<b>Ansiiedade</b>	Ausência de alterações psicoemocionais significativas	96	70.6	30	76.9	126	72.0
	Presença de níveis de alterações psicoemocionais moderados	<b>38</b>	<b>27.9</b>	9	23.1	<b>47</b>	<b>26.9</b>
	Presença de níveis de alterações psicoemocionais severos	<b>2</b>	<b>1.5</b>	0	0.0	<b>2</b>	<b>1.1</b>
<b>Perturbação Depressiva</b>	Ausência de alterações psicoemocionais significativas	103	75.7	28	71.8	131	74.9
	Presença de níveis de alterações psicoemocionais moderados	30	22.1	<b>11</b>	<b>28.2</b>	<b>41</b>	<b>23.4</b>
	Presença de níveis de alterações psicoemocionais severos	3	2,2	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>3</b>	<b>1.7</b>
<b>Preocupação</b>	Ausência de alterações psicoemocionais significativas	113	83.1	33	84.6	146	83.4
	Presença de níveis de alterações psicoemocionais moderados	22	16.2	6	15.4	28	16.0
	Presença de níveis de alterações psicoemocionais severos	1	0.7	0	0.0	1	0.6
<b>Total</b>	Ausência de alterações psicoemocionais significativas	104	76.5	31	79.5	135	77.1
	Presença de níveis de alterações psicoemocionais moderados	31	22.8	8	<b>20.5</b>	<b>39</b>	<b>22.3</b>
	Presença de níveis de alterações psicoemocionais severos	1	0.7	0	<b>0.0</b>	<b>1</b>	<b>0.6</b>

Analisando as estatísticas do fator **ansiedade**, verificámos que 41.7% das puérperas apresentavam sinais moderados e severos de insegurança na prestação de cuidados ao recém-nascido, com destaque nas puérperas com idade igual ou inferior a 34 anos (47,1%).

Adicionalmente, 52.6% das puérperas referiram sentir-se esgotadas, 49.2% referiu cansaço mental e 45.2% sentiu-se cansada fisicamente e/ou a fraquejar. Como ponto comum a estes três itens, verificamos uma maior frequência nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.

Tabela 18. Frequências absolutas e relativas da ansiedade

	<=34 Anos		>=35 Anos		Total	
	n (=136)	%(77.7)	N (=39)	%(22.3)	N(=175)	%(100.0)
<b>1 – Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebê</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	72	52.9	30	76,9%	102	58,3%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	56	41.2	7	17,9%	63	36,0%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	8	5.9	2	5,1%	10	5,7%
<b>2 – Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebê</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	106	77.9	34	87,2%	140	80,0%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	23	16.9	4	10,3%	27	15,4%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	7	5.1	1	2,6%	8	4,6%
<b>4 – Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebê por não estar familiarizada com esta nova situação</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	88	64.7	28	71.8	116	66.3
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	38	27.9	9	23.1	47	26.9
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	10	7.4	2	5.1	12	6.9
<b>6 – Senti-me esgotada</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	66	48.5	17	43.6	83	47.4
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	55	40.4	16	41.0	71	40.6
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	15	11.0	6	15.4	21	12.0
<b>8 – Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebê</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	89	65.4	29	74.4	118	67.4
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	40	29.4	10	25.6	50	28.6
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	7	5.1	0	0.0	7	4.0
<b>14 – Senti dificuldades em relaxar</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	90	66.2	24	61.5	114	65.1
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	38	27.9	9	23.1	47	26.9
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	8	5.9	6	15.4	14	8.0
<b>15 – Senti cansaço mental</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	74	54.4	15	38.5	89	50.9
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	46	33.8	18	46.2	64	36.6
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	16	11.8	6	15.4	22	12.6
<b>16 – Senti-me cansada e/ou fraquejar</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	80	58.8	16	41.0	96	54.9
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	44	32.4	16	41.0	60	34.3
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	12	8.8	7	17.9	19	10.9

No fator **sentimentos depressivos**, constatámos uma consistência nas respostas das puérperas a cada item, com os dados gerais constantes na tabela 17. Os resultados indicaram que 43.6% das puérperas com idade igual ou superior a 35 anos de idade assinalaram sentimentos de tristeza e depressão em níveis moderados e severos. Encontrámos resultados iguais ao nível da melancolia e desânimo (43,6%) no mesmo grupo etário. (cf. tabela 19)

Em relação às crises de choro e sentimentos de solidão, 32.6% e 28.0% das puérperas, respetivamente, manifestaram sinais moderados e severos de alterações a estes níveis. Existe um equilíbrio em ambos os grupos etários.

**Tabela 19.** Frequências absolutas e relativas de sentimentos depressivos

	<=34 Anos		>=35 Anos		Total	
	n (=136)	%(77,7%)	N (=39)	%(22,3%)	N(=175)	%(100,0%)
<b>3 – Senti-me triste e deprimida</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	87	64,0%	22	56,4%	109	62,3%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	37	27,2%	<b>15</b>	<b>38,5%</b>	52	29,7%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	12	8,8%	<b>2</b>	<b>5,1%</b>	14	8,0%
<b>7 – Senti-me melancólica e desanimada</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	93	68,4%	22	56,4%	115	65,7%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	34	25,0%	<b>16</b>	<b>41,0%</b>	50	28,6%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	9	6,6%	<b>1</b>	<b>2,6%</b>	10	5,7%
<b>11 – Tive crises de choro</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	93	68,4%	25	64,1%	118	67,4%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	35	25,7%	11	28,2%	46	26,3%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	8	5,9%	3	7,7%	11	6,3%
<b>12 – Senti-me sozinha</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	98	72,1%	28	71,8%	126	72,0%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	34	25,0%	8	20,5%	42	24,0%
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	4	2,9%	3	7,7%	7	4,0%

Em relação ao fator **preocupação**, a maioria das puérperas não apresentou alterações significativas. No entanto, nos itens relacionados com a “dificuldade em acalmar”, 30.9% apresentou alterações moderadas ou severas e em relação ao “dei por mim a ficar agitada”, 29.1% também apresentou alterações a este nível.

**Tabela 20.** Frequências absolutas e relativas da preocupação

	<=34 Anos		>=35 Anos		Total	
	n (=136)	%(77.7)	N (=39)	%(22.3)	N(=175)	%(100.0)
<b>5 – Tive dificuldade em me acalmar</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	94	69.1	27	69.2	121	69.1
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	36	26.5	10	25.6	<b>46</b>	<b>26.3</b>
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	6	4.4	2	5.1	<b>8</b>	<b>4.6</b>
<b>9 – Senti-me aterrorizada</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	118	86.8	38	97.4	156	89.1
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	<b>15</b>	<b>11.0</b>	1	2.6	16	9.1
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	<b>3</b>	<b>2.2</b>	0	0.0	3	1.7
<b>10 – Dei por mim a ficar agitada</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	98	72.1	26	66.7	124	70.9
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	35	25.7	11	28.2	<b>45</b>	<b>25.7</b>
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	3	2.2	3	7.7	<b>6</b>	<b>3.4</b>
<b>13 – Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso</b>						
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos	108	79.4	32	82.1	140	80.0
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	25	18.4	6	15.4	<b>31</b>	<b>17.7</b>
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	3	2.2	1	2.6	<b>4</b>	<b>2.3</b>

#### 5.1.4. Estatísticas da Autoestima

Relativamente à autoestima positiva, encontrámos para as puérperas com idade igual ou inferior 34 anos, uma média de 13.50 ( $\pm 1.28$ ) e para as puérperas com idade igual ou superior a 35 anos, 13.51 ( $\pm 1.19$ ). O coeficiente de variação indicou fraca dispersão e as medidas de assimetria e curtose revelam curva simétrica e leptocúrtica, no grupo etário igual ou inferior a 34 anos. Por sua vez, no grupo etário igual ou superior a 35 anos, a curva revelou-se normocúrtica.

Ao nível da autoestima negativa, encontrámos uma média de 11.79 ( $\pm 1.68$ ) para as puérperas com idade inferior ou igual a 34 anos e de 12.00 ( $\pm 1.62$ ) para o grupo etário superior ou igual a 35 anos de idade. O coeficiente de variação indicou fraca dispersão e as medidas de assimetria revelaram curva simétrica no grupo etário igual ou superior a 35 anos e assimétrica no grupo etário igual ou inferior a 34 anos. No que diz respeito à dispersão, em ambos os grupos a curva é normocúrtica.

No que concerne ao nível global de autoestima, para o grupo etário igual ou inferior a 34 anos de idade registou-se uma média de 25.29 ( $\pm 2.58$ ), oscilando entre um mínimo de 18 e o máximo de 33 no score da escala. No grupo etário de puérperas com idade igual ou superior a 35 anos de idade, a média localizou-se em 25.51 ( $\pm 2.50$ ) com o score a variar entre 20 e 30. O coeficiente de variação indicou fraca dispersão e as medidas de assimetria e curtose revelaram curva simétrica e leptocúrtica no grupo etário igual ou inferior a 34 anos. Por sua vez, no grupo etário igual ou superior a 35 anos, a curva mostrou-se normocúrtica. (cf. Tabela 21)

**Tabela 21.** Estatísticas da autoestima em função da idade das puérperas

Autoestima	n.	Min.	Máx.	Média	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K-S
<b>Autoestima positiva</b>									
<=34 anos	136	8	18	13.50	1.28	1.64	-0.31	8.54	0.000
>=35 anos	39	11	16	13.51	1.19	1.41	-1.13	-0.03	0.000
<b>Autoestima negativa</b>									
<=34 anos	136	8	17	11.79	1.68	2.82	2.01	0.27	0.000
>=35 anos	39	9	15	12.00	1.62	2.63	-0.21	-1.19	0.008
<b>Autoestima global</b>									
<=34 anos	136	18	33	25.29	2.58	6.64	1.58	2.51	0.000
>=35 anos	39	20	30	25.51	2.50	6.26	-0.77	0.10	0.000

## 5.2. Análise Inferencial

De modo a percebermos de que forma as alterações psicoemocionais variavam em função dos grupos etários foi efectuado o teste U-Mann Whitney. Verificámos pelas ordenações médias que a ansiedade, os sentimentos depressivos, a preocupação e o total das alterações psicoemocionais foram superiores nas puérperas com idade igual ou superior a 35 anos. No entanto, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 22)

**Tabela 22.** Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e grupos etários da puérpera.

Fatores	Idade	<=34 anos	>=35 anos	UM-W	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Ansiedade		87.91	88.31	2640.00	0.966
Sentimentos depressivos		85.94	95.17	2372.50	0.314
Preocupação		86.51	93.19	2449.50	0.463
<b>Total</b>		86.85	92.00	2496.00	0.576

Analisando a forma como as alterações psicoemocionais variavam em função do estado civil foi utilizado o teste U-Mann Whitney. Verificámos pelas ordenações médias que a ansiedade, os sentimentos depressivos, a preocupação e o total das alterações psicoemocionais foram superiores nas puérperas com companheiro. Contudo, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 23)

**Tabela 23.** Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e estado civil.

Fatores	Estado Civil	Sem companheiro	Com companheiro	UM-W	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Ansiedade		65.38	89.81	759.00	0.094
Sentimentos depressivos		72.38	89.25	850.00	0.246
Preocupação		68.12	89.60	794.50	0.137
<b>Total</b>		66.00	89.77	767.00	0.103

De forma a analisar a maneira como variavam os diferentes fatores da EAAPP em função das habilitações literárias foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Verificámos pelas ordenações médias que todos os fatores foram superiores nas puérperas com ensino superior, com significância estatística em todos à exceção da preocupação. (cf. tabela 24) O teste Post-Hoc situou essa diferença entre as puérperas com Ensino Básico e Superior.

**Tabela 24.** Teste de Kruskal-Wallis dos fatores da EAAPP e habilitações literárias.

Hab. Literárias	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	Ensino Pós Graduado	$\chi^2$	p
Fatores	OM	OM	OM	OM		
Ansiedade	64.58	88.37	98.64	88.20	9.869	<b>0.020</b>
Sentimentos depressivos	67.33	87.57	100.83	69.70	11.110	<b>0.011</b>
Preocupação	71.72	88.22	97.66	73.00	6.789	0.079
<b>Total</b>	64.61	87.69	100.30	81.20	11.026	<b>0.012</b>

Analisando a forma como as alterações psicoemocionais variavam em função do situação laboral foi utilizado o teste U-Mann Whitney. Verificámos pelas ordenações médias que a ansiedade, os sentimentos depressivos, a preocupação e o total das alterações psicoemocionais foram superiores nas puérperas ativas profissionalmente. Contudo, as diferenças apenas apresentaram significância estatística no fator ansiedade e no total das alterações psicoemocionais. (cf. tabela 25)

**Tabela 25.** Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e situação laboral

Zona de Residência	Inativa	Ativa	UMW	p
Fatores	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ansiedade	75.97	93.09	2572.50	<b>0.041</b>
Sentimentos depressivos	79.15	91.74	2738.00	0.131
Preocupação	78.15	92.16	2686.00	0.091
<b>Total</b>	76.24	92.97	2586.50	<b>0.046</b>

Para podermos comparar a média da ansiedade, dos sentimentos depressivos e da preocupação com a zona de residência das puérperas foi efectuado um teste t para amostras independentes.

Pelos resultados obtidos, verificámos que as puérperas residentes em zonas urbanas apresentaram médias mais elevadas de ansiedade, sentimentos depressivos, preocupação e total de alterações psicoemocionais, do que as puérperas residentes em zonas rurais. Contudo, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 26)

**Tabela 26.** Teste t para amostras independentes entre os fatores da EAAPP e zona de residência

Número de filhos Fatores	Rural		Urbano		Levene (p)	t	p
	Média	dp	Média	Dp			
<b>Ansiedade</b>	2.38	0.923	2.56	0.882	0.806	<b>-1.275</b>	<b>0.204</b>
<b>Sentimentos depressivos</b>	2.22	1.060	2.24	1.089	0.731	-0.123	0.902
<b>Preocupação</b>	1.86	0.889	1.92	0.895	0.881	-0.428	0.670
<b>Total</b>	2.21	0.875	2.32	0.874	0.972	-0.803	0.423

De forma a analisar a maneira como variavam os diferentes fatores da EAAPP no puerpério em função do número de partos de termo, prévios à gravidez atual, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Verificámos pelas ordenações medias, que todos os fatores apresentaram valores superiores nas puérperas que não tiveram partos de termo prévios à gravidez atual. Todos os fatores apresentaram diferença estatística significativa com esta variável. (cf. tabela 27)

**Tabela 27.** Teste de Kruskal-Wallis dos fatores da EAAPP e partos de termo

Partos Termo Fatores	Zero partos de termo	Um parto de termo	Dois ou mais partos de termo	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM		
<b>Ansiedade</b>	102.95	75.17	67.36	15.497	<b>0.000</b>
<b>Sentimentos depressivos</b>	98.11	75.62	85.14	7.554	<b>0.023</b>
<b>Preocupação</b>	99.69	76.35	76.73	9.396	<b>0.009</b>
<b>Total</b>	101.80	74.30	74.50	12.861	<b>0.002</b>

Analisando a forma como as alterações psicoemocionais variavam em função da ocorrência de partos pré-termo, prévios à gravidez atual, foi utilizado o teste U-Mann Whitney. Verificámos pelas ordenações médias que a ansiedade, a preocupação e o total das alterações psicoemocionais foram superiores nas puérperas sem partos pré-termo, enquanto os sentimentos depressivos revelaram valores superiores nas puérperas com experiência prévia de parto pré-termo. Contudo, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 28)

**Tabela 28.** Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e partos pré-termo

Partos Pré-Termo Fatores	Sem Partos Pré-Termo	Com Partos Pré-Termo	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ansiedade	88.12	84.67	487.00	<b>0.870</b>
Sentimentos depressivos	87.83	92.75	478.50	0.814
Preocupação	88.29	79.92	458.50	0.688
<b>Total</b>	88.08	85.83	494.00	0.915

Analisando a forma como as alterações psicoemocionais variavam em função da ocorrência de abortos, prévios à gravidez atual, foi utilizado o teste U-Mann Whitney. Verificámos pelas ordenações médias que a ansiedade, os sentimentos depressivos e o total das alterações psicoemocionais foram superiores nas puérperas sem história de abortos, enquanto a preocupação revelou valores superiores nas puérperas com um ou mais abortos, prévios à gravidez atual. Contudo, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 29)

**Tabela 29.** Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e abortos

Fatores	Abortos	Sem abortos	Um ou mais abortos	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Ansiedade		88.14	86.78	1391.00	0.914
Sentimentos depressivos		88.55	83.19	1326.50	0.669
Preocupação		87.96	88.36	1406.50	0.974
<b>Total</b>		88.11	87.03	1395.50	0.931

Para podermos comparar a média da ansiedade, dos sentimentos depressivos, da preocupação e do total das alterações psicoemocionais entre as puérperas com um filho e dois ou mais filhos (previamente à gravidez atual), foi efectuado um teste t para amostras independentes.

Pelos resultados obtidos, verificámos que as puérperas com um filho apresentaram médias mais elevadas de ansiedade, preocupação e total de alterações psicoemocionais, enquanto as puérperas com dois ou mais filhos, apresentaram média mais elevada de sentimentos depressivos. Contudo, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 30)

**Tabela 30.** Teste t para amostras independentes entre os fatores da EAAPP e número de filhos (prévios à gravidez atual)

Número de filhos Fatores	Um filho		Dois ou mais filhos		Levene (p)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
<b>Ansiedade</b>	2.31	0.85	2.05	0.57	0.110	<b>1.403</b>	<b>0.164</b>
<b>Sentimentos depressivos</b>	2.00	0.96	2.16	1.02	0.435	-0.663	0.509
<b>Preocupação</b>	1.75	0.82	1.67	0.70	0.439	0.446	0.657
<b>Total</b>	2.09	0.80	1.98	0.65	0.427	0.625	0.534

Analisando a forma como as alterações psicoemocionais variavam em função dos antecedentes obstétricos anómalos foi utilizado o teste U-Mann Whitney. Verificámos que a ansiedade e o total das alterações psicoemocionais apresentaram médias superiores nas puérperas com antecedentes obstétricos anómalos, enquanto os sentimentos depressivos e a preocupação revelaram valores superiores nas puérperas com ausência de antecedentes. Contudo, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 31)

**Tabela 31.** Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e antecedentes obstétricos anómalos

Ant. Obstétricos Anómalos Fatores	Sem antecedentes	Com antecedentes	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
<b>Ansiedade</b>	87.89	88.57	2042.00	0.948
<b>Sentimentos depressivos</b>	88.47	85.55	1989.50	0.779
<b>Preocupação</b>	88.08	87.57	2046.00	0.961
<b>Total</b>	87.94	88.32	2049.00	0.971

De modo a percebermos de que forma as alterações psicoemocionais variavam em função do tipo de gravidez foi efectuado o teste U-Mann Whitney. Verificámos pelas ordenações médias que a ansiedade, a preocupação e o total das alterações psicoemocionais foram superiores nas puérperas com gravidez de risco, enquanto os sentimentos depressivos registaram valores mais elevados nas puérperas com gravidez normal. No entanto, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 32)

**Tabela 32.** Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e tipo de gravidez

Fatores	Idade	Gravidez Normal	Gravidez de Risco	UMW	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Ansiedade		86.55	92.47	3030.00	0.505
Sentimentos depressivos		89.33	83.93	2663.00	0.542
Preocupação		86.13	93.74	3085.00	0.387
<b>Total</b>		87.00	91.06	2969.50	0.648

De modo a percebermos de que forma as alterações psicoemocionais variavam em função da causa para a classificação de gravidez de risco, foi efectuado o teste U-Mann Whitney, verificando-se pelas ordenações medias, que todas as dimensões e o total das alterações psicoemocionais foram superiores nas puérperas cuja gravidez de risco esteve relacionada com patologia médica associada ou com fatores de risco, anteriores à gravidez. No entanto, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 33)

**Tabela 33.** Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e motivos de gravidez de risco

Fatores	Idade	Com patologia médica associada ou com fatores de risco	Com patologia surgida na gravidez	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Ansiedade		24.22	20.76	124.00	0.469
Sentimentos depressivos		24.78	20.61	119.00	0.380
Preocupação		24.33	20.73	123.00	0.450
<b>Total</b>		24.44	20.70	122.00	0.432

Para podermos comparar a média da ansiedade, dos sentimentos depressivos, da preocupação e do total das alterações psicoemocionais entre as puérperas que tiveram parto eutócico ou distócico, foi efectuado um teste t para amostras independentes.

Pelos resultados obtidos, verificámos que as puérperas que tiveram um parto distócico apresentaram médias mais elevadas de ansiedade, sentimentos depressivos, preocupação e do total de alterações psicoemocionais. Contudo, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 34)

**Tabela 34.** Teste t para amostras independentes entre os fatores da EAAPP e tipo de parto

Número de filhos Fatores	Eutócico		Distócico		Levene (p)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
Ansiedade	2.40	0.89	2.55	0.91	0.634	<b>-1.129</b>	<b>0.261</b>
Sentimentos depressivos	2.14	1.10	2.32	1.05	0.885	-1.139	0.256
Preocupação	1.83	0.87	1.96	0.91	0.537	-0.951	0.343
<b>Total</b>	<b>2.19</b>	<b>0.86</b>	<b>2.35</b>	<b>0.88</b>	<b>0.533</b>	<b>-1.176</b>	<b>0.241</b>

Analisando a forma como as alterações psicoemocionais variavam em função da duração do trabalho de parto, foi utilizado o teste U-Mann Whitney. Verificamos que todas as dimensões apresentaram valores superiores nas puérperas cujo trabalho de parto durou até 18 horas. Contudo, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 35)

**Tabela 35.** Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e duração do trabalho de parto

Duração do Trab. Parto Fatores	Até 18 horas	>18 horas	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ansiedade	89.21	81.93	1941.00	<b>0.479</b>
Sentimentos depressivos	89.86	78.64	1845.50	0.274
Preocupação	89.38	81.05	1915.50	0.414
<b>Total</b>	<b>89.51</b>	<b>80.40</b>	<b>1896.50</b>	<b>0.376</b>

Analisando a forma como as alterações psicoemocionais variavam em função da experiência do trabalho de parto foi utilizado o teste U-Mann Whitney. Verificamos que todas as dimensões apresentaram valores superiores nas puérperas cuja experiência com o trabalho de parto foi descrita como razoável/má. Contudo, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 36)

**Tabela 36.** Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e experiência do trabalho de parto

Exp. Trab. Parto Fatores	Muito boa/boa	Razoável/má	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Ansiedade	84.82	93.80	3143.50	<b>0.261</b>
Sentimentos depressivos	84.37	94.62	3092.50	0.198
Preocupação	83.70	95.84	3017.00	0.126
<b>Total</b>	<b>84.52</b>	<b>94.35</b>	<b>3109.50</b>	<b>0.219</b>

Para podermos comparar as médias da ansiedade, sentimentos depressivos e preocupação entre as puérperas que tiveram recém-nascidos do sexo masculino ou feminino, foi efectuado um teste t para amostras independentes.

Pelos resultados obtidos, verificámos que as puérperas que tiveram recém-nascidos do sexo masculino apresentaram médias mais elevadas de ansiedade, sentimentos depressivos, preocupação e do total de alterações psicoemocionais. Contudo, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 37)

**Tabela 37.** Teste t para amostras independentes entre os fatores da EAAPP e sexo do RN

Fatores	Sexo do RN		Levene (p)		t	p
	Masculino	Feminino	Média	dp		
Ansiedade	2.54	0.88	2.41	0.93	0.551	<b>0.927</b>
Sentimentos depressivos	2.27	1.05	2.20	1.10	0.549	0.460
Preocupação	1.92	0.83	1.87	0.95	0.290	0.429
Total	2.32	0.83	2.22	0.95	0.501	0.729

De forma a analisar a maneira como variavam os diferentes fatores da EAAPP em função do tipo de aleitamento foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Verificámos que as puérperas que amamentavam exclusivamente apresentavam, em média, alterações psicoemocionais inferiores. As puérperas com RN em aleitamento misto apresentaram, em média, sentimentos depressivos e preocupação mais elevados. Contudo, nenhum dos fatores apresentou significância estatística com o tipo de aleitamento. (cf. tabela 38)

**Tabela 38.** Teste de Kruskal-Wallis dos fatores da EAAPP e tipo de aleitamento

Fatores	Tipo de Aleitamento	Materno Exclusivo	Materno e Suplemento	Artificial	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM			
Ansiedade	87.56	87.30	97.22	0.316	<b>0.854</b>	
Sentimentos depressivos	86.66	91.85	89.06	0.332	<b>0.847</b>	
Preocupação	86.34	92.21	91.89	0.479	<b>0.787</b>	
Total	87.10	89.70	92.78	0.166	<b>0.921</b>	

Para podermos comparar as médias da ansiedade, sentimentos depressivos e preocupação entre as puérperas que tiveram ou não complicações com a amamentação, foi efectuado um teste t para amostras independentes.

Pelos resultados obtidos, verificámos que as puérperas que referiram complicações com a amamentação apresentaram médias mais elevadas de ansiedade, sentimentos depressivos, preocupação e total de alterações psicoemocionais, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. (cf. tabela 39)

**Tabela 39.** Teste t para amostras independentes entre os fatores da EAAPP e complicações com a amamentação

Complicação Amamentação Fatores	Sim		Não		Levene (p)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
Ansiedade	2.76	1.01	2.31	0.79	0.005	3.126	0.002
Sentimentos depressivos	2.66	1.20	1.98	0.90	0.000	3.933	0.000
Preocupação	2.16	1.10	1.73	0.69	0.000	2.839	0.006
Total	2.59	1.02	2.08	0.71	0.000	3.513	0.001

Analisando a forma como as alterações psicoemocionais variavam em função do tipo de complicação com amamentação foi utilizado o teste U-Mann Whitney. Verificámos que todas as dimensões apresentaram valores superiores nas puérperas, cuja complicação com amamentação estava relacionada com o recém-nascido. Contudo, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 40)

**Tabela 40.** Teste de Mann Whitney dos fatores da EAAPP e tipo de complicação com a amamentação

Comp. Amamentação Fatores	Relacionadas com o RN Ordenação Média	Complicação Materna Ordenação Média	UMW	p
Ansiedade	37.29	32.66	278.50	0.448
Sentimentos depressivos	39.58	32.15	251.00	0.224
Preocupação	39.58	32.15	251.00	0.221
Total	39.17	32.24	256.00	0.258

### Regressões Múltiplas entre os fatores da variável dependente (ansiedade, sentimentos depressivos, preocupação) e a idade, tipo de parto e autoestima

Para a análise desta relação foi efectuada, inicialmente, uma correlação entre as variáveis independentes idade, tipo de parto (eutócico e distócico) e autoestima (positiva, negativa e global) e a **ansiedade**. Verificámos que estas estabeleceram relações que oscilaram entre  $r = -0.085$  (parto eutócico) e  $r = 0.240$  (autoestima negativa). A ansiedade estabeleceu relações positivas com a autoestima (positiva, negativa e total) e parto distócico e negativas com a idade e parto eutócico, sendo apenas significativas na autoestima negativa e total, o que traduz que quanto mais autoestima (negativa e total), maior o sentimento de ansiedade no puerpério (cf. tabela 41).

**Tabela 41.** Correlação de Pearson entre a idade, tipo de parto e autoestima e a **ansiedade** no puerpério

	<b>r</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>	-0.005	0.000	0.475
<b>Autoestima positiva</b>	0.112	0.013	0.070
<b>Autoestima negativa</b>	0.240	0.058	0.001
<b>Autoestima total</b>	0.212	0.045	0.002
<b>Parto Eutócico</b>	-0.085	0.007	0.130
<b>Parto Distócico</b>	0.085	0.007	0.130

O modelo de regressão entre as variáveis independentes referidas, indicou que a única variável a entrar no modelo, pelo método *stepwise*, foi a autoestima negativa, revelando-se esta variável preditiva do sentimento de ansiedade no puerpério, sendo que a percentagem de variância explicada é de cerca de 6%, com um erro de estimativa de 0.878. A multicolaridade diagnosticada pelo VIF era de 1.000 e dado o seu valor, concluiu-se que as variáveis presentes no modelo não são colineares. O valor de F levou à rejeição de nulidade entre as variáveis ( $F = 10.583$ ;  $p = 0.001$ ) e os valores de t foram explicativos, permitindo afirmar que **autoestima negativa**, que entrou no modelo de regressão, é preditora da **ansiedade** no puerpério. A sua relação directa com a ansiedade permitiu-nos afirmar que um score mais elevado de autoestima negativa se associa a maior sentimento de ansiedade no puerpério. (cf. tabela 42)

**Tabela 42.** Regressão linear múltipla entre a autoestima negativa e o sentimento de ansiedade no puerpério

Variável Dependente – Alterações psicoemocionais do puerpério - Ansiedade					
R= 0,240					
R <sup>2</sup> =0,058					
R <sup>2</sup> ajustado= 0.052					
Erro padrão de estimativa= 0.878					
Incremento R <sup>2</sup> = 0.058					
F= 10.583					
p= 0.001					
Pesos de Regressão					
Variável Independente	Coef. $\beta$	Coef. Padronizado $\beta$	t	p	Colinearidade VIF
Constante	0.938		1.963	0.051	
Autoestima negativa	0.130	0,240	3.253	0.001	1.000
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	8.167	1	8.167	10.583	0.001
Residual	133.503	173	0.772		
Total	141.670	174			

Paralelamente, foi efetuada uma correlação entre as variáveis independentes idade, tipo de parto (eutócico e distócico) e autoestima (positiva, negativa e global) e os **sentimentos depressivos**, na qual verificámos que se estabeleceram relações que oscilaram entre  $r=-0.086$ (parto eutócico) e  $r=0.252$  (autoestima total). A presença de sentimentos depressivos estabeleceu relações positivas com todas as variáveis independentes referidas, com exceção do parto eutócico, sendo apenas significativas na autoestima negativa, positiva e total, o que traduz, que quanto maior autoestima total, maior a ocorrência de sentimentos depressivos no puerpério. (cf. tabela 43)

**Tabela 43.** Correlação de Pearson entre a idade, tipo de parto e autoestima e os sentimentos depressivos no puerpério

	r	r <sup>2</sup>	p
Idade	0.059	0.003	0.491
Autoestima positiva	0.202	0.041	0.004
Autoestima negativa	0.234	0.055	0.001
Autoestima total	0.252	0.064	0.000
Parto Eutócico	-0.086	0.007	0.128
Parto Distócico	0.086	0.007	0.128

O modelo de regressão entre as variáveis independentes referidas, indicou que a única variável a entrar no modelo, pelo método stepwise, foi a autoestima total, revelando-se esta variável preditiva dos sentimentos depressivos no puerpério. Sendo que a percentagem de variância explicada é de cerca de 6%, com um erro de estimativa de 1.041. A

multicolaridade diagnosticada pelo VIF era de 1.000 e dado o seu valor, concluiu-se que as variáveis presentes no modelo não eram colineares. O valor de F levou à rejeição de nulidade entre as variáveis ( $F= 11.715$ ;  $p= 0.001$ ) e os valores de t eram explicativos, permitindo afirmar que a **autoestima total**, que entrou no modelo de regressão, é preditora dos **sentimentos depressivos** no puerpério. A relação direta existente, permitiu-nos afirmar que um score mais elevado na globalidade da escala de autoestima se associa a maior ocorrência de sentimentos depressivos no puerpério. (cf. tabela 44)

**Tabela 44.** Regressão linear múltipla entre a autoestima total e os sentimentos depressivos no puerpério

Variável Dependente – Alterações psicoemocionais do puerpério – Sentimentos Depressivos					
R= 0.252					
R <sup>2</sup> =0.063					
R <sup>2</sup> ajustado= 0.058					
Erro padrão de estimativa= 1.041					
Incremento R <sup>2</sup> = 0.063					
F= 11.715					
p= 0.001					
Pesos de Regressão					
Variável Independente	Coef. $\beta$	Coef. Padronizado $\beta$	t	p	Colinearidade VIF
Constante	-0.445		-0.565	0.573	
Autoestima total	0.106	0.252	3.423	0.001	1.000
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	12.706	1	12.706	11.715	0.001
Residual	187.634	173	1.085		
Total	200.339	174			

Da mesma forma, foi efetuada uma correlação entre as variáveis independentes idade, tipo de parto (eutócico e distócico) e autoestima (positiva, negativa e global) e a **preocupação**, verificando-se que se estabeleceram relações que oscilaram entre  $r= -0.004$  (idade) e  $r=0.274$  (autoestima negativa). A preocupação estabeleceu relações positivas com as variáveis independentes autoestima (positiva, negativa e total) e parto distócico e relações negativas com idade e parto eutócico, sendo apenas significativas na autoestima positiva, negativa e total, o que traduz que quanto mais autoestima positiva, negativa e total, maior o sentimento de preocupação no puerpério. (cf. tabela 45)

**Tabela 45.** Correlação de Pearson entre a idade, tipo de parto e autoestima e a preocupação no puerpério

	<b>r</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>	-0.004	0.000	0.481
<b>Autoestima positiva</b>	0.156	0.024	0.020
<b>Autoestima negativa</b>	0.274	0.075	0.000
<b>Autoestima total</b>	0.256	0.066	0.000
<b>Parto Eutócico</b>	-0.072	0.005	0.171
<b>Parto Distócico</b>	0.072	0.005	0.171

O modelo de regressão entre as variáveis independentes referidas, indicou que a única variável a entrar no modelo, pelo método stepwise, foi a autoestima negativa, revelando-se esta variável preditiva da preocupação no puerpério. Sendo que a percentagem de variância explicada é de cerca de 8%, com um erro de estimativa de 0.859. A multicolinearidade diagnosticada pelo VIF era de 1.000 e dado o seu valor, concluiu-se que as variáveis presentes no modelo não eram colineares. O valor de F levou à rejeição de nulidade entre as variáveis ( $F= 14.072$ ;  $p= 0.000$ ) e os valores de t eram explicativos, permitindo afirmar que a **autoestima negativa**, que entra no modelo de regressão, é preditora da **preocupação** no puerpério. A relação direta existente, permitiu-nos afirmar que um score mais elevado de autoestima negativa se associa a maior presença de preocupação no puerpério. (cf. tabela 46)

**Tabela 46.** Regressão linear múltipla entre a autoestima negativa e o sentimento de preocupação do puerpério

<b>Variável Dependente – Alterações psicoemocionais do puerpério – Preocupação</b>					
R= 0.274					
R <sup>2</sup> =0.075					
R <sup>2</sup> ajustado= 0.070					
Erro padrão de estimativa= 0.859					
Incremento R <sup>2</sup> = 0.075					
F= 14.072					
p= 0.000					
<b>Pesos de Regressão</b>					
Variável Independente	Coef. $\beta$	Coef. Padronizado $\beta$	t	p	Colinearidade VIF
Constante	0.160		0.342	0.733	
Autoestima negativa	0.147	0.274	3.751	0.000	1.000
<b>Análise de Variância</b>					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	10.374	1	10.374	14.072	0.000
Residual	127.536	173	0.737		
Total	137.909	174			

Foi, também, efetuada uma correlação entre as variáveis independentes idade, tipo de parto (eutócico e distócico) e autoestima (positiva, negativa e global) e o **total das**

**alterações psicoemocionais do puerpério**, verificando-se que se estabeleceram relações que oscilaram entre  $r = -0.089$  (parto eutócico) e  $r = 0.266$  (autoestima negativa). A preocupação estabeleceu relações positivas com todas as variáveis independentes, com exceção do parto eutócico, sendo apenas significativas na autoestima positiva, negativa e total, o que traduz que quanto mais autoestima, maior a ocorrência de alterações psicoemocionais no puerpério. (cf. tabela 47)

**Tabela 47.** Correlação de Pearson entre a idade, tipo de parto e autoestima e as alterações psicoemocionais no puerpério

	<b>r</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>	0.015	0.000	0.424
<b>Autoestima positiva</b>	0.160	0.026	0.017
<b>Autoestima negativa</b>	0.266	0.071	0.000
<b>Autoestima total</b>	0.252	0.063	0.000
<b>Parto Eutócico</b>	-0.089	0.007	0.121
<b>Parto Distócico</b>	0.089	0.007	0.121

O modelo de regressão entre as variáveis independentes referidas, indicou que a única variável a entrar no modelo, pelo método stepwise, foi a autoestima negativa, revelando-se esta variável preditiva das alterações psicoemocionais no puerpério. Sendo que a percentagem de variância explicada foi de cerca de 7%, com um erro de estimativa de 0.844. A multicolinearidade diagnosticada pelo VIF era de 1.000 e dado o seu valor, concluiu-se que as variáveis presentes no modelo não são colineares. O valor de F levou à rejeição de nulidade entre as variáveis ( $F = 13.135$ ;  $p = 0.000$ ) e os valores de t eram explicativos, permitindo afirmar que a **autoestima negativa**, que entra no modelo de regressão, é preditora das **alterações psicoemocionais do puerpério**. A relação direta existente, permitiu-nos afirmar que um score mais elevado na autoestima negativa se associa a maior presença de alterações psicoemocionais no puerpério (cf. tabela 48).

**Tabela 48.** Regressão linear múltipla entre a autoestima negativa e as alterações psicoemocionais do puerpério

Variável Dependente – Alterações psicoemocionais do puerpério – Global					
R= 0.266					
R <sup>2</sup> =0.071					
R <sup>2</sup> ajustado= 0.065					
Erro padrão de estimativa= 0.844					
Incremento R <sup>2</sup> = 0.071					
F= 13.135					
p= 0.000					
Pesos de Regressão					
Variável Independente	Coef. $\beta$	Coef. Padronizado $\beta$	t	p	Colinearidade VIF
Constante	0.623		1.355	0.177	
Autoestima negativa	0.139	0.266	3.624	0.000	1.000
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	9.366	1	9.366	13.135	0.000
Residual	123.368	173	0.713		
Total	132.735	174			

## 6. Discussão

Uma limitação do presente estudo prendeu-se com o facto de não terem sido encontrados estudos na literatura, de carácter similar, nacionais e recentes, que pudessem confirmar ou contrapor os dados da nossa pesquisa, pelo que serão abordados maioritariamente estudos internacionais.

O estudo de Sousa e Leal (2010), através da aplicação da EAAPP entre o 2º e o 4º dia do pós-parto, permitiu verificar que apenas 8% das participantes revelaram níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderadas, enquanto que as restantes puérperas (92%) não revelaram níveis significativos. Perante estes resultados os autores sugeriram que o momento ideal para a aplicação da EAAPP seria após a alta hospitalar, uma vez que é nesta altura que a mulher se sente mais despojada e com excesso de fadiga, não só pelas alterações do seu padrão de sono, mas sobretudo pela necessidade de prestação de cuidados ao bebé 24h por dia. A análise dos nossos resultados, relativamente às alterações psicoemocionais do puerpério, demonstrou que cerca de uma em cada quatro puérperas (22,3%) apresentou níveis de alterações psicoemocionais moderados, apenas uma revelou níveis severos e a grande maioria (77.1%), não revelou níveis significativos. Estes dados são consistentes com a literatura, embora apresentados numa percentagem superior. A explicação para o maior número de casos revelados de alterações psicoemocionais moderadas e severas poderá estar baseada precisamente no *timing* da aplicação da EAAPP, uma vez que a nossa pesquisa foi realizada entre a 4ª e a 6ª semana, no momento da revisão do puerpério.

O estudo de Perosa, Canavez, Silveira, Padovani e Paraçoli (2009) constatou que a percentagem de mães com quadros ansiosos foi superior à de mães com sintomas depressivos. Nas suas pesquisas, os níveis de ansiedade encontrados para as mães de RN saudáveis foram moderados. A explicação para a presença de ansiedade moderada, segundo os mesmos autores, pode basear-se no facto de que dificilmente o RN real corresponde exatamente ao imaginário e também nas incertezas inerentes ao novo papel de mãe.

Os resultados encontrados no presente estudo confirmam os dados anteriores, na medida em que também a percentagem de puérperas com presença de sintomas ansiosos foi ligeiramente superior à percentagem de puérperas com sintomas depressivos. (28% e 25,1%, respetivamente).

Em contraposição, num estudo mais antigo realizado na Tailândia, verificaram-se níveis de sintomas ansiosos similares aos dos sentimentos depressivos, tendo-se

constatado igualmente que a ansiedade influenciava o risco de DPP. (Liabsuetrakul, Vittayanont & Pitanupong, 2007).

Relativamente à preocupação, uma percentagem inferior de puérperas revelou níveis moderadas ou severos (16.6%). Não foram encontrados estudos na literatura que pudessem rebater ou corroborar estes dados, possivelmente pela fácil sobreposição destes sentimentos com os sentimentos ansiosos e/ou depressivos.

Os resultados de um estudo brasileiro, do tipo qualitativo, demonstraram que as principais alterações emocionais e comportamentais de puérperas com DPP foram o nervosismo, a tristeza e o choro fácil, sendo que as entrevistadas se sentiam frustradas e com sentimento de incapacidade no exercício do papel de mãe (Silva, Araújo, Araújo, Carvalho & Caetano, 2010). Na nossa pesquisa, verificámos que essas alterações também foram identificadas pelas puérperas, sendo que cerca de três em cada dez puérperas sentiu dificuldade em se acalmar e teve crises de choro (itens do fator preocupação e sentimentos depressivos, respetivamente), e cerca de quatro em cada dez referiu sentimentos de tristeza (itens do fator sentimentos depressivos). Todavia, as alterações mais marcantes foram a sensação de esgotamento, o cansaço mental e a fadiga, identificadas por sensivelmente cinco em cada dez puérperas, seguidas da insegurança na prestação de cuidados ao bebé (itens do fator ansiedade), que foi sentida por cerca de quatro em cada dez puérperas, assim como a já mencionada tristeza.

Recentemente, um estudo realizado por Williamson, O'Hara, Stuart, Hart e Watson, (2014) demonstrou que a irritabilidade, a fadiga, a insónia e a perda de apetite são indicadores válidos e devem ser usados para medir sintomas depressivos no pós-parto, apesar destas alterações estarem, à partida, relacionadas com aspetos normativos do processo de ajustamento à maternidade.

No que respeita à **idade**, um estudo brasileiro, de coorte transversal realizado a 299 puérperas por Faisal-Cury e Menezes (2006), permitiu observar uma associação entre a menor idade materna (14 a 19 anos) e a ansiedade puerperal. Este resultado poderá, segundo os autores, ser explicado pela imaturidade da jovem mãe em relação às exigências e dificuldades do puerpério. Os dados do nosso estudo são consistentes com a literatura, na medida em que as alterações da ansiedade são mais frequentes nas puérperas com idade igual ou inferior a 34 anos (29, 4%), no entanto, não conseguimos estabelecer uma relação estatisticamente significativa. (cf. tabela 22)

Face aos sentimentos depressivos, o estudo de Pooler, Perry e Ghandour, (2013) revelou que a prevalência desses sintomas foi maior nas mulheres mais jovens. Resultados de estudos mais recentes vieram corroborar estes dados ao demonstrar que as mulheres

que apresentavam sentimentos depressivos eram significativamente mais jovens (Katon, Russo, & Gavin, 2014; Saligheh, Rooney, McNamara, & Kane, 2014). No Médio Oriente, um estudo de prevalência de DPP em 282 mulheres saudáveis demonstrou que as mães com idade inferior a 25 anos eram mais propensas a desenvolver sintomas de depressão (Al Hinai & Al Hinai, 2014). Todavia, um estudo Canadano realizado por Muraca e Joseph, (2014) contradiz os dados anteriores ao observar que mulheres com idade materna avançada (40 a 44 anos) apresentavam taxas significativamente mais altas de sintomas depressivos, comparativamente às mulheres mais jovens (30 aos 35 anos). Os dados do presente estudo são coincidentes com estes últimos achados, uma vez que as alterações depressivas foram mais frequentes na faixa etária igual ou superior aos 35 anos (28,2%), no entanto, não permitem estabelecer uma relação significativa, do ponto de vista estatístico.

Não foram encontrados estudos que relacionassem a idade com a preocupação no puerpério. Os nossos dados revelam um equilíbrio entre a menor e a maior idade materna.

Relativamente ao **estado civil**, não foram encontrados estudos nacionais recentes que relacionassem o estado civil com a presença de alterações psicoemocionais do puerpério. No entanto, o estudo qualitativo de Silva, Araújo, Araújo, Carvalho e Caetano (2010) demonstrou que a ausência de companheiro foi um dos fatores de risco mais citados pelas puérperas relacionado com sintomas depressivos. Mais recentemente, um estudo realizado no Japão, sobre o sistema tradicional de apoio familiar “Satogaeri bunben”, apresentou uma associação significativa com os níveis de Blues pós-parto, sugerindo que as mulheres japonesas que vivem com o seu companheiro apresentavam níveis mais baixos de alterações psicoemocionais do puerpério (Takahashi & Tamakoshi, 2014). Os nossos resultados não são consistentes com os dados da literatura, no sentido em que as alterações psicoemocionais do puerpério foram superiores nas puérperas com companheiro, contudo, estes resultados não permitem estabelecer uma relação significativa do ponto de vista estatístico. (cf. tabela 23)

No que se refere às **habilitações literárias**, os achados do estudo desenvolvido por Pooler, Perry e Ghandour (2013), sugerem que a prevalência de sintomas depressivos é maior entre mulheres com menos habilitações literárias. Da mesma forma, o estudo realizado a 564 mulheres árabes beduínas no Sul de Israel, identificou o baixo nível de escolaridade como um dos fatores de risco sociodemográfico para o desenvolvimento de sintomas depressivos no pós-parto (Alfayumi, Kaufman, Zeadra, Lauden, & Shoham-Vardi, 2014). Na população saudita os achados de Alharbi e Abdulghari, (2014) demonstraram que a escolaridade, a paridade, a idade, a ocupação e o tipo de parto não apresentavam correlação significativa com os sintomas depressivos no pós-parto, no entanto, foram indicativos do risco de desenvolvimento desses sintomas.

Os resultados encontrados neste estudo contrapõem os estudos anteriores ao demonstrarem que as alterações psicoemocionais do puerpério foram superiores nas puérperas com ensino superior ( $p=0.012$ ), sendo esta associação estatisticamente significativa em todos os fatores, com exceção da preocupação. (cf. tabela 24) As principais diferenças foram localizadas entre as mães com ensino básico e ensino superior.

No que respeita à **situação laboral**, o estudo de Katon, Russo e Gavin, (2014) identificou o desemprego como um dos fatores de risco sociodemográficos para a DPP. Não foram encontrados estudos nacionais para esta variável, no entanto, o nosso estudo revelou que tanto a ansiedade, como os sentimentos depressivos e a preocupação foram superiores nas puérperas com atividade profissional, sendo esta associação apenas significativa no fator da ansiedade ( $p=0.041$ ). (cf. tabela 25)

Do ponto de vista estatístico, não foi encontrada associação entre a **zona de residência** e as alterações psicoemocionais, embora os dados apontassem para níveis superiores nas puérperas residentes nas zonas urbanas. Também não foram encontrados estudos na literatura que relacionassem estas variáveis.

Relativamente às variáveis contextuais ao parto e, mais especificamente, as referentes à história prévia de **partos de termo, partos pré-termo, abortos e filhos vivos**, encontrámos na literatura alguns estudos que considerámos pertinentes para esta análise.

O estudo brasileiro de Faisal-Cury e Menezes (2006) observou que a presença de intercorrências com o RN, como é o caso da prematuridade, aumentava o risco de ansiedade puerperal. Estes dados foram corroborados por Perosa, Canavez, Silveira, Padovani e Paraçoli (2009) ao demonstrarem que as mães de RN prematuros apresentavam-se mais ansiosas, quando comparadas com mães de RN de termo. Contudo, os dados também sugeriram que estas diferenças não eram significativas quando analisadas para os sintomas depressivos. Da mesma forma, o estudo norte-americano de McDonald, Benzies, Gallant, McNeil, Dolan e Tough (2013), veio confirmar os achados anteriores, ao comparar a saúde mental da mulher no pós-parto, entre um grupo de mães que tiveram partos pré-termo tardios e as que tiveram partos de termo. Os resultados identificaram a história de parto pré-termo tardio como um fator de risco independente para os sentimentos excessivos de ansiedade materna, mas não para a depressão. Outro estudo norte-americano publicado recentemente contrapõe estes dados ao demonstrar que os partos pré-termo de IG igual ou inferior a 27 semanas foram associados tanto aos sentimentos de ansiedade como aos sentimentos depressivos, experienciados individual ou simultaneamente (Farr, Dietz, O'Hara, Burley & Ko, 2014).

Na análise dos nossos resultados é importante salientar que estas variáveis se referem à história obstétrica prévia e não à gravidez atual, motivo pelo qual os dados não parecem coincidir com os encontrados na literatura. Curiosamente, os achados sugerem que as alterações psicoemocionais do puerpério são superiores nas puérperas sem experiência de partos de termo prévios à gravidez atual, sendo esta associação significativa do ponto de vista estatístico ( $p=0.002$ ). (cf. tabela 27) A explicação poderá basear-se, possivelmente, no facto de se tratarem de puérperas que foram mães pela primeira vez, no entanto, não foi feita essa relação neste estudo e não foram encontrados dados na literatura consistentes com estes resultados. No que concerne à ocorrência de partos pré-termo anteriores à gravidez atual, os dados demonstraram que os sentimentos de ansiedade e a preocupação são superiores nas puérperas sem partos pré-termo, enquanto os sentimentos depressivos são superiores nas puérperas com experiência prévia de parto pré-termo, no entanto, estas diferenças não apresentaram qualquer significado estatístico.

Relativamente à história de aborto prévio à gravidez atual, não foram encontrados estudos recentes que relacionassem esta variável com a presença de alterações psicoemocionais do puerpério, com exceção da pesquisa de Eberhard-Gran et al. (2003, citado por Faisal-Cury & Menezes, 2006) que revelou existir associação entre a ansiedade puerperal e a história de abortamento natural. A análise dos nossos dados revelou que a ansiedade e os sentimentos depressivos são superiores nas puérperas que não registaram história de abortamento, ao passo que a preocupação apresentou valores superiores nas puérperas que referiram história de um ou mais abortos. (cf. tabela 29) Todavia, como esta associação não se revelou estatisticamente significativa, não corroborando ou contradizendo o estudo mencionado.

A pesquisa de Faisal-Cury e Menezes (2006), já citada anteriormente, demonstrou existir associação entre o maior número de filhos e a ansiedade puerperal. Segundo os autores, a explicação poderá estar relacionada com o facto do maior número de filhos poder representar uma preocupação emocional acrescida para algumas mulheres. Os resultados do nosso estudo para esta variável sugerem que são as puérperas com apenas um filho, para além do RN, que apresentam níveis de ansiedade e preocupação superiores, enquanto que as que têm mais do que dois ou três filhos, apresentam níveis superiores de sentimentos depressivos, seguidos da ansiedade. (cf. tabela 30) Estes resultados não têm significado estatístico.

Para a variável dos **antecedentes obstétricos anómalos** não foram encontrados dados na literatura sobre a relação desta variável com as alterações em estudo, com exceção do aborto prévio à gravidez, conforme supracitado.

Os dados do nosso estudo demonstraram níveis superiores de ansiedade e do total de alterações psicoemocionais do puerpério nas puérperas com antecedentes anómalos, mas sem valor estatístico. (cf. tabela 31)

Na análise da variável **gravidez de risco**, o estudo inglês de coorte prospetivo, realizado entre as seis e as oito semanas do pós-parto, aponta para a ausência de diferenças estatisticamente significativas na prevalência ou gravidade dos sintomas depressivos nas mulheres que sofreram complicações obstétricas graves (Furuta, Sandall, Cooper & Bick, 2014). Já os resultados do estudo realizado por Katon, Russo e Gavin (2014) contrapõem os anteriores ao perceberem que foram as mulheres que sofreram complicações médicas durante a gestação, como é exemplo a diabetes gestacional, as mais propensas a desenvolver sintomas depressivos no puerpério. No nosso estudo, encontrámos evidências de que, contrariamente ao percebido anteriormente, os sintomas depressivos destacaram-se nas puérperas que tiveram gravidez normal, ao passo que a ansiedade, a preocupação e o total das alterações psicoemocionais do puerpério, foram superiores nas puérperas com gravidez de risco. (cf. tabela 32) No que se refere ao **motivo** para a classificação de **gravidez de risco**, também os nossos resultados contradizem o estudo anterior, na medida em que, as alterações psicoemocionais do puerpério foram superiores nas puérperas com patologia médica associada, em vez das puérperas com patologias surgidas na gravidez (diabetes gestacional). (cf. tabela 33) Apesar dos achados para a gravidez de risco e para o motivo de gravidez de risco, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas.

Em relação ao **tipo de parto**, o estudo de Faisal-Cury e Menezes (2006) demonstrou ainda, não existir relação entre a ansiedade puerperal e o tipo de parto, ou seja, a cesariana não representou um risco adicional para a ocorrência de ansiedade puerperal. Este facto poderá, como explicam os autores, decorrer dos altos índices de cesariana praticados no Brasil e da maior aceitação por parte das mulheres brasileiras a este tipo de procedimento. Paralelamente, o estudo de origem saudita, revelou que o tipo de parto não se correlaciona de forma significativa com a DPP, no entanto, é indicativo de sintomas depressivos (Alharbi & Abdughani, 2014). O nosso estudo confirma os dados da literatura ao revelar que não há uma associação significativa entre o tipo de parto e as alterações psicoemocionais do puerpério, no entanto, estas registaram valores superiores nas puérperas com parto distócico. (cf. tabela 34)

Em termos da **duração do Trabalho de Parto**, os resultados do nosso estudo demonstraram que as alterações psicoemocionais do puerpério foram superiores nas puérperas cujo parto durou até 18horas, todavia, também estas diferenças não foram

estatisticamente significativas. Não foram encontrados estudos que sustentassem a análise dos resultados. (cf. tabela 35)

Relativamente à **experiência com o trabalho de parto**, no nosso estudo, tal como seria de esperar, as alterações psicoemocionais do puerpério foram superiores nas puérperas que classificaram a sua experiência como razoável/má, apesar de não ter significado estatístico. (cf. tabela 36) Esta evidência é corroborada pelo estudo de Verreault, Costa, Marchaud, Ireland, Dritsa e Khalifé (2014), que identificou a experiência de um parto mais difícil do que o esperado como um dos fatores de risco preditores do humor deprimido, aos três meses do pós-parto.

No que concerne ao **sexo do RN**, também não foram encontrados dados na literatura que relacionassem esta variável com a variável dependente. É um achado singular, o facto das alterações psicoemocionais do puerpério serem superiores nas puérperas cujo RN é do sexo masculino, apesar de não ter qualquer significado estatístico. (cf. tabela 37)

Nas variáveis respeitantes à amamentação, e mais concretamente o **tipo de aleitamento**, no nosso estudo observámos que os valores das alterações psicoemocionais do puerpério apresentados pelas puérperas com aleitamento materno exclusivo foram inferiores, comparativamente aos apresentados pelas puérperas com RN em aleitamento misto ou artificial, embora esta associação não apresente significado estatístico. (cf. tabela 38) No presente estudo, verificámos ainda que, relativamente às **complicações com a amamentação**, as puérperas apresentaram valores mais elevados de alterações psicoemocionais do puerpério, em todas as suas dimensões, comparativamente às que não referiram tais complicações. De notar que esta associação foi significativa do ponto de vista estatístico ( $p=0.001$ ). (cf. tabela 39) De entre todos os **tipos de complicações**, as alterações psicoemocionais do puerpério apresentaram valores superiores nas puérperas cuja complicação referiram relacionar-se com o RN., apesar desta relação não apresentar significado estatístico. (cf. tabela 40)

Não foram encontrados estudos nacionais similares que sustentassem a nossa análise, dentro do contexto da amamentação, no entanto, parece-nos importante salientar algumas pesquisas. Recentemente, um estudo de prevalência realizado nos Estados Unidos da América (EUA) revelou que a presença de sintomas depressivos aos dois meses após o parto surgia associada à interrupção do aleitamento materno (Stuebe, Horton, Chetwynd, Watkins, Grewen & Meltzer-Brody, 2014). Também a revisão sistemática da literatura realizada por Dias e Figueiredo (2014), salientou estudos que apontavam para uma associação entre a duração da amamentação e os sintomas depressivos no pós-parto. Os

autores alertam que a DPP surge como preditora da interrupção da amamentação e esta, por sua vez, pode despoletar sintomas depressivos no pós-parto. É importante referir que a presença dos sintomas desagradáveis relacionados com a adaptação à amamentação, como a dor, a preocupação, as dúvidas, a ansiedade e o stress, pode dificultar ou bloquear o reflexo da ocitocina, o que compromete o processo da amamentação. Esta cascata de sentimentos pode fazer despoletar alterações psicoemocionais do puerpério significativas e vice-versa.

A análise do nosso estudo relativamente à autoestima (itens negativos, positivos e global) apontou para a presença de níveis superiores de autoestima negativa e de autoestima global nas puérperas com idade igual ou superior a 35 anos. (cf. tabela 21) Não foram encontrados dados na literatura que pudessem fazer face aos resultados obtidos na avaliação dos níveis da autoestima segundo a idade da puérpera.

A análise de correlação realizada no presente estudo entre a idade, tipo de parto, autoestima (itens **negativos, positivos e total**) e **ansiedade**, demonstrou que a ansiedade estabelece uma relação positiva com a autoestima da puérpera e o parto distócico e uma relação negativa desta, com a idade e o parto eutócico, sendo apenas significativa na autoestima negativa e total ( $p=0.001$  e  $p=0.002$ , respetivamente). (cf. tabela 41) A análise destes dados revelou ainda que apenas a **autoestima negativa** (itens) é preditora da ansiedade, o que traduz que quanto mais elevados forem os níveis de autoestima negativa, maior a ansiedade da puérpera ( $p=0.001$ ). (cf. tabela 42) De notar que estes itens foram inversamente cotados na escala de Rosenberg, o que significa que as puérperas que assinalaram respostas menos “negativas” são as que apresentam os scores mais elevados nestes itens.

Os resultados anteriores surgem em contraposição aos observados por Prata (2009), que revelou uma correlação negativa entre a autoestima e a ansiedade puerperal, sugerindo que quanto mais elevados forem os níveis de autoestima da puérpera, menor os níveis de ansiedade por ela manifestados.

A mesma correlação realizada para os **sentimentos depressivos** demonstrou, neste estudo, que estabelecem uma relação positiva com as variáveis independentes em questão (idade, tipo de parto e autoestima), com exceção do parto eutócico. Todavia, a relação positiva apenas se verifica de forma estatisticamente significativa na autoestima positiva ( $p=0.004$ ), negativa ( $p=0.001$ ) e total ( $p=0.000$ ). (cf. tabela 43) Conseguimos apurar que apenas a **autoestima total** é preditora dos sentimentos depressivos no puerpério, o que traduz que quanto maior for a autoestima total, maior a ocorrência de sentimentos depressivos ( $p=0.001$ ). (cf. tabela 44)

Os nossos achados não são coincidentes com o estudo de correlação realizado por Jones e Fontaine (1997), cujos resultados identificaram a autoestima como sendo a única variável independente, preditora de baixos níveis de sintomas depressivos, no período de duas a seis semanas do pós-parto. Apesar de se tratar de uma pesquisa remota, os resultados sugerem a necessidade de se avaliar a autoestima da da grávida, de forma a avaliar o risco desta vir a desenvolver sintomas depressivos no pós-parto. Estes últimos achados foram corroborados por Silva, Araújo, Araújo, Carvalho e Caetano. (2010) através de um estudo qualitativo, ao revelarem que um dos fatores de risco, relacionados com a DPP, mais citados pelas puérperas foi precisamente a autoestima limitada. Este facto, leva os autores a confirmarem a necessidade de integrar a avaliação da autoestima nos cuidados de enfermagem, com início na vigilância pré-natal.

A correlação realizada para a **preocupação** revelou, neste estudo, uma relação positiva com a autoestima e o parto distócico, e uma relação negativa com a idade e o parto eutócico, sendo apenas significativa na autoestima positiva ( $p=0.020$ ), negativa ( $p=0.000$ ) e total ( $p=0.000$ ). (cf. tabela 45) Somente a **autoestima negativa** (itens) se revelou preditora da preocupação ( $p=0.000$ ), o que significa que quanto mais elevados forem os scores da autoestima negativa, maior a presença de preocupação no puerpério. (cf. tabela 46) Não foram encontrados estudos na literatura que pudessem sustentar estes achados.

No presente estudo, quando analisada a correlação com o global das alterações psicoemocionais do puerpério, verificámos que as mesmas estabelecem uma relação positiva com todas as variáveis, à exceção do parto eutócico, sendo apenas significativa na autoestima positiva ( $p=0.017$ ), negativa ( $p=0.000$ ) e total ( $p=0.000$ ). (cf. tabela 47) Dessa correlação, somente a **autoestima negativa** (itens) se revelou preditora das alterações psicoemocionais ( $p=0.000$ ), o que indica que um score mais elevado nos itens negativos da escala de autoestima se associa a maior presença de alterações psicoemocionais do puerpério. (cf. tabela 48) Na análise da literatura, não foram encontrados estudos nacionais ou internacionais com resultados similares, no que respeita ao tipo de relação estabelecida.

A abordagem do modelo coreano de Blues pós-parto proposto por Chung, Yoo e Youn (2013), cujo objetivo era estimar os efeitos diretos e indiretos de variáveis sobre as alterações psicoemocionais do puerpério, revelou que o rendimento familiar e o apoio social influenciavam indiretamente as alterações psicoemocionais do puerpério, através da autoestima e da depressão pré-natal.

É importante ainda, salientar o estudo Japonês de Takahashi e Tamakoshi (2014) que demonstrou que o Blues pós-parto ocorre em mulheres saudáveis, que tiveram partos normais, com RN de termo e saudáveis, propondo, por isso, a existência de um sistema de

suporte para estas mulheres, em casa e na comunidade. Em relação aos sistemas de apoio/intervenção no pós-parto, o estudo australiano realizado por Giallo, Cooklin, Dunning e Seymour (2014) observou que puérperas que tiveram um acompanhamento adequado, no período de duas a seis semanas do pós-parto, através de visitas domiciliárias, material de suporte escrito e contactos telefónicos de apoio, relataram menos sintomas de fadiga, depressão, ansiedade e stress, do que puérperas que não tiveram este tipo de intervenção. Os autores destacaram a importância deste tipo de intervenção na promoção da saúde mental das puérperas, através de estratégias de promoção da autoeficácia, do autocuidado e da gestão da fadiga.

## 7. Conclusões

O puerpério é caracterizado por um vasto número de modificações que operam tanto ao nível biológico como psicológico e social, perante os quais a mulher se vê confrontada com um conjunto de adaptações que a tornam mais vulnerável ao desequilíbrio psicológico e emocional (Figueiredo citado por Canavarro & Pedrosa, 2005).

O processo de ajustamento à maternidade é considerado um evento normativo e esperado para a família comum, mas que pode implicar uma sobrecarga emocional, mesmo para as mães mais bem adaptadas do ponto de vista psicológico, sobretudo quando se trata do nascimento do primeiro filho (Canavarro & Pedrosa, 2005).

As alterações psicoemocionais do puerpério são decorrentes do Blues pós-parto, um fenómeno intercultural que ocorre entre 50 a 80% das puérperas saudáveis, quer do ponto de vista físico quer do ponto de vista psicológico. Os estudos sugerem que apesar de assumirem um carácter benigno e transitório, as puérperas que manifestarem níveis mais prolongados ou severos de alterações psicoemocionais encontram-se em maior risco de desenvolver perturbações de humor mais graves. O Blues pós-parto pode, no entanto, traduzir-se numa resposta emocional adequada, facilitadora do vínculo entre a mãe e o RN e da adaptação à maternidade (Sousa & Leal, 2010).

Os objetivos deste estudo foram cumpridos na medida em que foi possível, através dos resultados apresentados, identificar as principais alterações psicoemocionais decorrentes do puerpério, no período de quatro a seis semanas do pós-parto, analisar a influência das variáveis sociodemográficas, variáveis contextuais ao parto e variáveis contextuais à amamentação nas alterações psicoemocionais e, ainda, avaliar os efeitos da autoestima nessas alterações.

Assim sendo, e em resposta à primeira questão deste estudo, podemos concluir que as alterações psicoemocionais do puerpério identificadas, no período de quatro a seis semanas do pós-parto, foram a ansiedade moderada e severa, a destacar: a sensação de esgotamento, o cansaço mental e físico e a insegurança na prestação dos cuidados ao bebé; seguidas dos sentimentos depressivos moderados e severos, a nomear: a tristeza, a melancolia, o desânimo, as crises de choro e a solidão; e por último, a preocupação moderada e severa, nomeadamente: a dificuldade da puérpera em se acalmar/nervosismo e a agitação.

No que concerne ao segundo objetivo, os resultados demonstraram que as variáveis sociodemográficas influenciam as alterações psicoemocionais do puerpério, nomeadamente: as **habilidades literárias**, sendo que foi percebido que as puérperas com

ensino superior apresentavam níveis mais elevados de alterações psicoemocionais, sobretudo ansiedade e sentimentos depressivos; e a **situação laboral**, sugerindo que as puérperas ativas profissionalmente manifestavam maiores níveis de alterações psicoemocionais no fator ansiedade.

Em resposta ao terceiro objetivo, os resultados foram sugestivos de que, de entre as variáveis contextuais ao parto, o **número de partos de termo**, anteriores à gravidez atual, influencia as alterações psicoemocionais, na medida em que foi observado, que as puérperas sem história prévia de partos de termos apresentavam níveis mais elevados de alterações psicoemocionais, em todos os fatores.

No que respeita ao quarto objetivo, o estudo sugeriu que em relação às variáveis contextuais à amamentação, apenas as **complicações da amamentação** influenciam as alterações psicoemocionais. Assim, os resultados demonstraram que as puérperas que sofreram complicações na amamentação apresentavam níveis mais elevados de alterações psicoemocionais, em todos os fatores.

Face ao último objetivo do nosso estudo, os resultados demonstraram que a autoestima da puérpera é uma variável preditora das alterações psicoemocionais do puerpério, corroborando estudos anteriores. Assim sendo, a relação estabelecida no presente estudo sugeriu que são as puérperas com os scores mais elevados nos itens negativos da escala de autoestima, as que apresentam maior presença de alterações psicoemocionais. Esta relação é semelhante para a ansiedade materna, bem como para a preocupação. Já no caso dos sentimentos depressivos, é a autoestima total que é preditora das alterações psicoemocionais, ou seja, quanto maior o score da globalidade da escala da autoestima, maior a presença das alterações psicoemocionais do puerpério. Estes resultados contrapõem, assim, os estudos mencionados anteriormente que atestam que quanto maior a autoestima da mulher, menor o risco de alterações psicoemocionais do puerpério.

Perante os resultados percebidos e os fundamentados pela literatura, acreditamos que é indispensável a implementação de programas de intervenção de promoção de saúde da puérpera, através de estratégias que permitam identificar atempadamente o risco desta vir a desenvolver níveis elevados de alterações psicoemocionais. O nosso estudo permitiu verificar que a EAAPP constitui um instrumento adequado para avaliar as alterações psicoemocionais, no período de quatro a seis semanas após o parto, uma vez que apresentou uma elevada consistência interna para a nossa amostra e permitiu identificar a presença de níveis significativos (moderados e severos) em cerca de uma em cada quatro puérperas.

De notar, que face à pressão familiar e social exercida sobre as mulheres, sobre o facto da maternidade ser culturalmente vista como um momento de pura felicidade e aceitação total, muitas puérperas poderão sentir-se culpabilizadas no caso de desenvolverem estas alterações. Elas próprias acreditam que não têm motivos para se sentirem tristes se não tiveram intercorrências com o parto e se tiveram um bebé saudável, o que as impede de admitir, naturalmente, os seus sentimentos (Santana, 2007; Sousa & Leal, 2010). Tudo isto poderá ter condicionado algumas das suas respostas, uma vez que no nosso estudo, o instrumento de recolha de dados foi preenchido pela própria puérpera. Esta explicação descrita pelos autores foi, igualmente, sentida como uma limitação do nosso estudo.

Os nossos resultados, tal como os estudos anteriores, levam a confirmar a necessidade de se avaliar a autoestima da puérpera, de forma a avaliar o risco desta vir a desenvolver níveis elevados de alterações psicoemocionais. O facto de os nossos resultados revelarem uma relação positiva da autoestima com as alterações, contradizendo a relação negativa percebida pela literatura, poderá apontar para a necessidade de um outro momento da sua avaliação, ou seja, em vez de a autoestima ser avaliada apenas no puerpério, poderá, igualmente, ser avaliada na vigilância pré-natal, conforme atestam alguns autores (Fontaine & Jones, 1997; Silva, Araújo, Araújo, Carvalho & Caetano, 2010). A escala de autoestima de Rosenberg, apesar de revelar uma consistência interna pouco favorável para a nossa amostra, permitiu avaliar a autoestima das puérperas e contribuiu para o seu reconhecimento como variável preditora.

Em relação às limitações do estudo, para além da limitação supracitada, surgiram outras ao longo do trabalho, uma das quais se prendeu com a dificuldade em conseguir uma amostra razoável em tempo útil. Para este facto contribuíram os baixos índices de natalidade verificados no período de tempo da recolha de dados. Para além disso, salientamos o atraso na autorização da aplicação do instrumento de recolha de dados, por parte do ACES Dão Lafões, o que condicionou o desenvolvimento da investigação.

Ao nível das implicações deste estudo, gostaríamos que fosse impulsionador da implementação destas questões na área do puerpério, sobretudo a avaliação das alterações psicoemocionais, aquando da revisão do puerpério ou durante uma visita domiciliária de enfermagem, e ainda da avaliação da autoestima ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Seria ainda importante a implementação de programas de intervenção de acompanhamento da puérpera, dirigidos pelo enfermeiro ESMO, que incluíssem visitas domiciliárias e contactos telefónicos de apoio, no sentido de promover a autoeficácia, o autocuidado e a gestão da fadiga materna. Não esquecendo o investimento na promoção do aleitamento materno, enaltecendo a importância da EAAPP neste âmbito.

Os enfermeiros são considerados profissionais de excelência pela importante relação terapêutica que conseguem estabelecer com a mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal. São detentores de competências que lhes permitem estabelecer relações de ajuda com as puérperas que manifestam necessidades acrescidas de informação e orientação, sobretudo no que respeita aos cuidados e exigências do recém-nascido, e que carecem de maior apoio psicológico e emocional no processo de adaptação à maternidade (Lowdermilk & Perry, 2006). O enfermeiro ESMO é o profissional mais habilitado para integrar projetos que permitam desenvolver estratégias de promoção da saúde da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Seria igualmente vantajoso que se desenvolvessem mais estudos que aprofundassem a influência da autoestima da mulher nas alterações psicoemocionais do puerpério, igualmente avaliada durante a gravidez, no sentido de perceber se existem diferenças no *timing* da sua avaliação.

## Referências Bibliográficas

- Al Hinai, F. L., & Al Hinai, S. S. (2014). Prospective study on prevalence and risk factors of postpartum depression in Al-dakhliya governorate in Oman. *Oman Medical Journal*, 29(3), 198-202. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24936270>.
- Alfayumi-Zeadna, S., Kaufman-Shriqui, V., Zeadna, A., Lauden, A., & Shoham-Vardi, I. (2014). The association between sociodemographic characteristics and postpartum depression symptoms among Arab-Bedouin women in southern Israel. *Depression and Anxiety*, 31(10). Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25044129>.
- Alharbi, A. A., & Abdulghani, H. M. (2014). Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10(1), 311-316. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24570584>.
- Bartoletti, F. F., Moron, A. F., Filho, J. B., & Nacamura, M. U. (2007). *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar*. São-Paulo: Editora Manole.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade-Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*, (pp. 225-256). Lisboa: Fim de Século.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto-Revisão da literatura. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 37(6), 278-284.
- Chung, S. S., Yoo, I. Y., & Joung, K. H. (2013). Post-partum blues among Korean mothers: a structural equation modelling approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(4), 359-367. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23009567>.
- Corbett, R. W. (2006). Cuidados de enfermagem durante a gravidez. In D.L. Lowdermilk & S.E. Perry, *Enfermagem na Maternidade*, (7ª ed., pp. 245-303). Loures: Lusodidacta.
- Crum, K. (2006). Fisiologia materna no período pós-parto. In D.L. Lowdermilk & S.E. Perry, *Enfermagem na Maternidade*, (7ª ed., pp. 478-489). Loures: Lusodidacta.
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2014). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 171C, 142-154. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25305429>.
- Enderle, C. F., Kerber, N. P. C., Susin, L. R. O., & Mendoza-Sassi, R. A. (2012). Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, 12(4), 383-394.

- Faisal-Cury, A., & Meneses, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: Prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 28(3), 171-178.
- Farr, S., Dietz, P. M., O'Hara, M. W., Burley, K., & Ko, J. Y. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *Journal Women's Health*, 23(2), 120-128. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24160774>.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2009). *Iniciativa parto normal: Documento de consenso*. Loures: Lusoditacta.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro, I. Leal, & I. Soares, *Psicologia da gravidez e da maternidade*, (pp. 161-181). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fontaine, K. R., & Jones, L. C. (1997). Self-esteem, optimism and postpartum Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 59-63.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D., & Bick, D. (2014). The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: A prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 133. Acedido em <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/133>.
- Giallo, R., Cooklin, A., Dunning, M., & Seymour, M. (2014). The efficacy of an intervention for the management of postpartum fatigue. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(5), 598-613. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25139257>.
- Houston, K. A., Kaimal, A. J., Nakagawa, S., Gregorich, S. E., Yee, L. M., & Kupperman, M. (2014). Mode of delivery and postpartum depression: The role of patient preferences. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25218957>.
- Katon, W., Russo, J., & Gavin, A. (2014). Predictors of postpartum depression. *Journal of Women's Health*, 23(9), 753-759. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570712>.
- 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.
- Liabsuetrakul, T., Vittayanont, A., & Pitanupong, J. (2007). Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 33(3), 333-340.

- Lowdermilk, D. L. (2006). Complicações pós-parto. In D.L. Lowdermilk, & S. E. Perry, *Enfermagem na Maternidade*, (7ª ed., pp. 861-891). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2006). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Manning, B. (2006). Transição para a parentalidade. In D.L. Lowdermilk, & S. E. Perry, *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed., pp. 521-556). Loures: Lusodidacta.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- McDonald, S., Benzies, K. M., Gallant, J. E., McNeil, D. A., Dolan, S. M., Tough, & S. C. (2013). A comparison between late preterm and term infants on breastfeeding and maternal mental health. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), 1468-1477. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23054457>.
- Mendes, I. M. (2009). *Ajustamento materno e paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Muraca, G. M., & Joseph, K. S. (2014). The association between maternal age and depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(9), 803-810. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25222359>.
- Perosa, G. B., Canavez, I. C., Silveira, F. C. P., Padovani, F. H. P., & Peraçoli, J. C. (2009). Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 31(9), 433-439.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (5.ª ed. rev. e corr.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pooler, J., Perry, D. F., & Ghandour, R. M. (2013). Prevalence and risk factor for postpartum depressive symptoms among women enrolled in WIC. *Maternal and Child Health Journal*, 17(10), 1969-1980. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23329168>.
- 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](http://www.ine.pt/http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2).
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística (2013). Anuário estatístico de Portugal 2012. Acedido em

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=209570943&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=209570943&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>.
- 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.
- Rosenberg, J. I. (2007). Transtornos psíquicos da puerperalidade. In F. F. Bartoletti, A. F. Moron, J. B. Filho, & M. U. Nacamura. *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar*. (pp. 109-116). São-Paulo: Editora Manole.
- Saligheh, M., Rooney, R. M., McNamara, B., & Kane, R. T. (2014). The relationship between postnatal depression, sociodemographic factors, levels of partner support, and levels of physical activity. *Front Psychol Journal*, 5(1), 597. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4095827/>.
- Santana, T. (2007). Sexualidade no ciclo gravídico puerperal. In F. F. Bartoletti, A. F. Moron, J. B. Filho, & M. U. Nacamura. *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar*. (pp. 32-36). São-Paulo: Editora Manole.
- Silva, F. C. S., Araújo, T. M., Araújo, M. F., Carvalho, C. M. L., & Caetano, J. À. (2010). Depressão pós-parto em puérperas: Conhecendo interações entre mãe, filho e família. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 23(3), 411-416.
- Sousa, E. V., & Leal, I. (2007). Estudo psicométrico de uma escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério (EAAPP). *Nursing*, 220, 6-13.
- Sousa, E. V., & Leal, I. (2010). Escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério (EAAPP). In I. Leal, & Maroco, *Avaliação em sexualidade e parentalidade*, (pp. 103-115). Porto: Legis Editora.
- Stuebe, A. M., Horton, B. J., Chetwynd, E., Watkins, S., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2014). Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *Journal Women's Health*, 23(5), 404-412. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24655291>.
- Takahashi, Y., & Tamakoshi, K. (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mother with full-term healthy infants. *Nagoya Journal of Medical Science*, 76(1-2), 129-138. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25129999>.

- Vaz-Serra, A. (Ed. lit.). (2011). *O stress na vida de todos os dias*. (3ª ed. rev. e aum.). Coimbra: Dinalivro.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*. 35(3), 84-91. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25123985>.
- Williamson, J. A., O'Hara, M. W., Stuart, S., Hart, K. J., Watson, D. (2014). Assessment of postpartum depressive symptoms: The importance of somatic symptoms and irritability. *Assessment*. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25059681>.



**ANEXOS**



**ANEXO I**

**Autorização para utilização da Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais  
do Puerpério (EAAPP)**



**De:** "Isabel Leal" <[isabelpereiraleal@gmail.com](mailto:isabelpereiraleal@gmail.com)>  
**Assunto:** Re: Pedido de autorização para uso de Escala (EAAP) em dissertação de Mestrado  
**Data:** 23 de Fevereiro de 2014 12h42min14s WET  
**Para:** <[cattoipa@hotmail.com](mailto:cattoipa@hotmail.com)>

Catarina,  
Tem autorização para o uso do instrumento.  
Bom trabalho.  
Isabel Leal

**From:** [ileal](mailto:ileal)  
**Sent:** Thursday, February 20, 2014 1:29 PM  
**To:** [isabelpereiraleal@gmail.com](mailto:isabelpereiraleal@gmail.com)  
**Subject:** FW: Pedido de autorização para uso de Escala (EAAP) em dissertação de Mestrado

**De:** catarina alexandra toipa coelho [<mailto:cattoipa@hotmail.com>]  
**Enviada:** terça-feira, 18 de Fevereiro de 2014 00:16  
**Para:** [ileal@clix.pt](mailto:ileal@clix.pt)  
**Assunto:** Pedido de autorização para uso de Escala (EAAP) em dissertação de Mestrado

Exma. Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Isabel Leal,

O meu nome é Catarina Alexandra Toipa Coelho, sou enfermeira na Unidade de Saúde Familiar Lusitana, ACES Dão Lafões, em Viseu 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 as alterações psicoemocionais e a autoestima no puerpério. Neste contexto, solicito a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização, para utilizar no meu instrumento de colheita de dados, a Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério (EAAP).

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

Com os melhores cumprimentos,  
Catarina Toipa



**ANEXO II**

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





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

*Emília V. Barbosa*  
A presidente da CE da ESSV

*- Almeida*  
*- Paula de F.*  
*M. Monteiro*  
*25.3.2013*



**ANEXO III**

**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**

Rua D. 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		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº <b>133</b>	Data: <b>13/02/2013</b>
Processo:		Processo: <b>70</b>	

**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

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto



**ANEXO IV**

**Instrumento de Recolha de Dados**



**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:**

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.**

**Cara Senhora:**

No âmbito do Segundo Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema "Alterações Psico - emocionais do Puerpério " e cujos objetivos principais são: estudar as alterações psico - emocionais, a autoestima e o relacionamento conjugal no puerpério. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo:

\_\_\_\_\_ (localidade), \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_  
Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome dos investigadores:

Catarina Alexandra Toipa Coelho;

Sara Alexandra de Figueiredo Esteves;

Assinaturas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



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 (4ª Classe)
- 2º Etapa do Ensino Básico (9º Ano ou equivalente)
- Ensino Secundário (12º ano 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.**

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

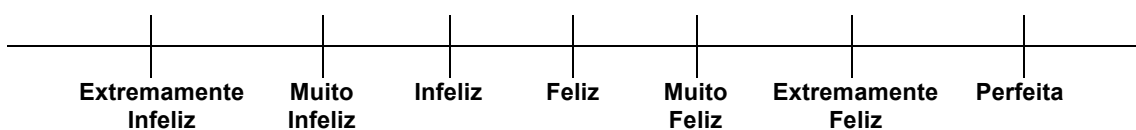
Com que frequência acontecem as seguintes situações entre e o(a) seu(sua) companheiro(a)?

	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*.