

SÓNIA MARGARIDA ALBERTO CORREIA VERÍSSIMO

**RELAÇÕES ENTRE ANSIEDADE-ESTADO E
ANSIEDADE-TRAÇO, SINTOMAS DEPRESSIVOS
E SENSIBILIDADE AO STRESSE EM PUÉRPERAS**

Orientador: Edgar de Gonçalves Pereira

Universidade Lusófona e Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2010

SÓNIA MARGARIDA ALBERTO CORREIA VERÍSSIMO

**RELAÇÕES ENTRE ANSIEDADE-ESTADO E
ANSIEDADE-TRAÇO, SINTOMAS DEPRESSIVOS
E SENSIBILIDADE AO STRESSE EM PUÉRPERAS**

Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia no Curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof. Doutor Edgar de Gonçalves Pereira

Universidade Lusófona e Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2010

Epígrafe

QUANDO EU NASCI

*Quando eu nasci
ficou tudo como estava.
Nem homens cortaram veias,
nem o Sol escureceu,
nem houve Estrelas a mais ...
Somente,
esquecida das dores
a minha Mãe sorriu e agradeceu.
Quando eu nasci,
não houve nada de novo
senão eu.
As nuvens não se espantaram,
não enlouqueceu ninguém ...
Para que o dia fosse enorme
Bastava toda a ternura que olhava
nos olhos da minha Mãe ...*

Sebastião da Gama (1924-1952)

Dedicatória

Para a Maria Leonor e a Maria Teresa

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Edgar, expresso a mais profunda gratidão e agradeço todo o ensinamento, apoio científico, disponibilidade, motivação e compreensão que me disponibilizou ao longo deste percurso.

Às colegas de orientação, que sempre se demonstraram predispostas para partilhar ideias e que me motivaram no decurso da investigação, especialmente à Marta, que se encontrava sempre disponível.

Ao Professor José Luís Pais-Ribeiro, pela sua disponibilidade e esclarecimentos prestados no início deste processo.

À Professora Sofia Silva, pela atenção e disponibilidade que demonstrou.

Um especial agradecimento à Professora Bárbara Figueiredo, pelos ensinamentos, orientações académicas e pela prontidão com que respondia aos meus apelos.

À Dr.^a Joana Rosa, pelos conhecimentos transmitidos ao longo do percurso académico.

À Dr.^a Isilda Rocha, Directora do Serviço de Obstetrícia, por ter acreditado neste projecto e autorizado a sua realização. À equipa médica e de enfermagem, especialmente à Dr.^a Teresa Matos, que além de ser minha médica, também se prontificou a esclarecer dúvidas que surgiram na organização hospitalar.

A todas as puérperas que assentiram colaborar neste estudo e que mostraram disponibilidade para responder ao protocolo de investigação.

À APISAL, instituição que sempre foi contingente às minhas necessidades, principalmente ao Professor Luís Vaz, por acreditar no meu trabalho, pela sua disponibilidade e conselhos que me transmitiu ao longo de dois anos. Ao Dr. Medeiros agradeço, mais uma vez, a empatia e compreensão que demonstrou ao longo do ano. Às Coordenadoras da APISAL, Professora Teresa Gonçalves e Educadora Ana Cristina Almeida pelo apoio emocional, motivação e compreensão nesta fase de vida complicada. À Nela agradeço o poema que ilustra o meu trabalho.

Às colegas e amigas, Margarida, Vera e Sílvia, por todo o apoio, compreensão, amizade e escuta activa que disponibilizaram ao longo deste ano.

À colega e amiga Ana Negrão pelo apoio, motivação e disponibilidade que tem prestado ao longo dos anos.

Ao meu sogro, Nelson Veríssimo, pelo apoio e disponibilidade que sempre tem prestado ao longo do meu percurso académico.

Aos meus pais, pela dedicação, ajuda, apoio e disponibilidade, em mais uma etapa de vida, tanto para mim, como para as minhas filhas.

Ao Carlos, que me acompanha há 10 anos, que me ajudou na estrutura hospitalar, me motivou ao longo do Mestrado, me apoiou e ouviu durante a realização da Dissertação e que está a torcer para que todos os meus sonhos se alcancem, agradeço o inesgotável apoio emocional que tem demonstrado.

Por último, mas sempre em primeiro lugar na lista de prioridades, um especial agradecimento às minhas filhas, Maria Leonor e Maria Teresa, as meninas mais queridas e especiais, que sempre me apoiaram nos momentos de maior fraqueza, que me motivaram e animaram à sua maneira e, com um sorriso, um abraço ou carinho, me enchiam de coragem. Sem elas não teria conseguido ultrapassar os obstáculos que me deparei ao longo da Dissertação.

A todos os que referi e aos que por lapso omiti, muito obrigada!

Resumo

A Dissertação teve por objectivos comparar e estudar as relações entre os fenómenos psicológicos observados no puerpério, nomeadamente a ansiedade-estado e ansiedade-traço, os sintomas depressivos e a sensibilidade ao stresse. A amostra foi composta de 200 puérperas, com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos ($M = 28,88$; $DP = 5,87$), que sabiam ler e falar Língua Portuguesa, possuíam pelo menos quatro anos de escolaridade, residiam em Portugal há mais de um ano e tinham tido um parto de termo. As participantes responderam a um protocolo de avaliação constituído por um Questionário de dados sociodemográficos, um Questionário de dados clínicos e os instrumentos DASS e STAI. Com a DASS pretendia-se avaliar os construtos ansiedade hiperfisiológica, depressão e stresse; através da STAI observou-se a ansiedade-traço e ansiedade-estado. Os resultados demonstraram que as primíparas, quando comparadas com as múltiparas, possuíam maior ansiedade-estado. Constatou-se que as mulheres que tiveram um parto distócico mostraram mais sensibilidade ao stresse. Também se concluiu que as puérperas que manifestaram patologias médicas durante a gestação apresentaram, no puerpério, ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse. Por último, confirmou-se que as mulheres com um trabalho de parto mais longo revelaram maior ansiedade-estado. Espera-se, com esta investigação, contribuir para um maior conhecimento psicológico das puérperas.

Palavras-chave: Ansiedade-estado; Ansiedade-traço; Sintomas Depressivos; Sensibilidade ao Stresse; Puerpério.

Abstract

The aims of this Dissertation were to compare and to ascertain the relationships between postpartum psychological phenomena, namely state-anxiety, trait-anxiety, depressive symptoms and stress sensitivity. The sample encompassed 200 puerperas aged 18 to 42 ($M = 28,88$; $SD = 5,87$), who were able to read and write in Portuguese, attended at least four years at school, lived in Portugal for at least one year and had a term delivery. Participants were requested to answer an evaluation protocol composed by a sociodemographic Questionnaire, clinical data Questionnaire, DASS and STAI instruments. DASS enabled the evaluation of hyperphysiological anxiety, depression and stress constructs; through STAI state-anxiety and trait-anxiety were scrutinized. Results revealed that primiparas had greater state-anxiety than multiparas. Women who had a dystocic delivery showed increased stress sensitivity. Postpartum women who suffered medical interurrences during pregnancy exhibited trait-anxiety, depressive symptoms and stress sensitivity. Women who underwent protracted labour had greater state-anxiety. This research is expected to attain a greater psychological knowledge regarding postpartum women.

Keywords: State-anxiety; Trait-anxiety; Depressive Symptoms; Stress Sensitivity; Puerperium.

Lista de abreviaturas

AE – Ansiedade-estado

AT – Ansiedade-traço

AP – Ansiedade puerperal

APA – American Psychological Association

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças

DASS – Depression Anxiety Stress Scale

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística

DPP – Depressão pós-parto

et al. – *et allis* ou e outros

H – Hipótese

ID – Intervenção na dor

HF – Hiperactivação fisiológica

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

STAI – State-Trait Anxiety Inventory

TP – Trabalho de parto

Índice Geral

Introdução.....	12
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico.....	16
1.1. Psicologia da gravidez e maternidade.....	17
1.1.1. Gravidez.....	17
1.1.1.1. Patologias médicas.....	23
1.1.2. Parto e maternidade.....	24
1.1.2.1. Estádios do nascimento.....	26
1.1.2.2. Tipo de parto.....	27
1.1.2.3. Intervenção na dor.....	28
1.1.3. A experiência do parto.....	31
1.1.4. Suporte social.....	32
1.2. Puerpério e quadros psicológicos associados.....	33
1.2.1. Puerpério.....	33
1.2.2. Perturbações psicológicas no puerpério.....	37
1.2.2.1. Disforia pós-parto.....	38
1.2.2.2. Depressão pós-parto.....	39
1.2.2.3. Perturbação da ansiedade no pós-parto.....	41
1.3. Ansiedade-traço e estado, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse.....	43
1.3.1. Ansiedade.....	43
1.3.1.1. Modelo da ansiedade-traço e estado de Spielberg.....	44
1.3.1.2. Modelo integrativo de Izard.....	45
1.3.1.3. Teoria das emoções de Lang.....	46
1.3.1.4. Sintomatologia e diagnóstico diferencial da perturbação da ansiedade.....	47
1.3.2. Depressão.....	49
1.3.2.1. Modelo cognitivo dos estados emocionais de Beck.....	49
1.3.2.2. Sintomatologia e diagnóstico diferencial da perturbação depressiva.....	52
1.3.3. Stresse.....	54

1.3.3.1. Modelos teóricos.....	56
1.3.3.1.1. Modelo transaccional do stress de Lazarus.....	56
1.3.3.1.2. Modelo do stresse e coping de Rahe.....	57
1.3.3.1.3. Modelo compreensivo do stresse de Vaz Serra.....	58
1.3.3.2. Stresse e estilo de coping.....	59
1.3.3.3. Sinais e sintomas de stresse.....	59
1.4. Modelo tripartido para a ansiedade, depressão e stresse.....	60
1.5. Pertinência do estudo.....	62
1.6. Definição dos objectivos e hipóteses.....	63
Capítulo 2 – Método.....	65
2.1. Participantes.....	66
2.1.1. Critérios de inclusão e exclusão.....	66
2.1.2. Características sociodemográficas da amostra.....	67
2.2. Medidas.....	69
2.2.1. Questionário de dados sociodemográficos.....	70
2.2.2. Questionário de dados clínicos.....	70
2.2.3. Instrumentos.....	71
2.3. Procedimento.....	74
Capítulo 3 – Resultados.....	76
3.1. Estudo da normalidade.....	77
3.2. Descrição dos resultados.....	78
3.2.1. Características da amostra.....	78
3.2.2. Estudo comparativo e correlacional da amostra.....	83
Capítulo 4 – Discussão.....	91
4.1. Discussão.....	92
4.2. Implicações.....	102
4.3. Limitações.....	103
4.4. Sugestões.....	104
Conclusão.....	105
Bibliografia Citada.....	108
Bibliografia de Referência.....	118

Índice Remissivo	119
Apêndices	I
Apêndice I – Protocolo de Investigação.....	II
Apêndice II – Submissão do Projecto de Investigação à Comissão de Ética.....	IX
Apêndice III – Distribuição por faixa etária.....	XV
Anexos	XVI
Anexo I – Pedido de utilização da DASS.....	XVII
Anexo II – Utilização da DASS em puérperas.....	XVIII
Anexo III – Pedido de utilização da STAI.....	XIX
Anexo IV – Pedido de utilização da STAI.....	XX
Anexo V – Autorização da Comissão de Ética.....	XXI

Índice de tabelas

Tabela 1 – Faixa etária e escolaridade das participantes.....	67
Tabela 2 – Estado civil, residência e etnia das participantes.....	68
Tabela 3 – Profissão das participantes.....	69
Tabela 4 – Itens da Depression Anxiety Stress Scale.....	73
Tabela 5 – Características da gravidez.....	78
Tabela 6 – Patologias médicas das puérperas.....	79
Tabela 7 – Acompanhamento psiquiátrico e psicológico.....	80
Tabela 8 – Características do parto.....	81
Tabela 9 – Acompanhamento durante TP.....	82
Tabela 10 – Comparação entre primíparas e multíparas.....	83
Tabela 11 – Comparação entre parto eutócico e distócico.....	84
Tabela 12 – Comparação entre mulheres com e sem patologia médica.....	85
Tabela 13 – Comparação em função do estado civil.....	86
Tabela 14 – Comparação em função da residência.....	87
Tabela 15 – Comparação em função da ID.....	88
Tabela 16 – Comparação em função do acompanhamento.....	89
Tabela 17 – Correlações entre variáveis.....	90

Introdução

Será que no puerpério existe aumento da ansiedade-estado e ansiedade-traço, dos sintomas depressivos e da sensibilidade ao stresse? Será que esta fase do ciclo de vida leva a maior ou a menor ajustamento emocional? Que factores sociodemográficos estão envolvidos? Que construtos psicológicos se encontram desajustados?

Esta Dissertação tem como objecto de estudo compreender as relações que poderão existir entre a ansiedade-estado e a ansiedade-traço, os sintomas depressivos e a sensibilidade ao stresse em puérperas de termo. Pretende analisar como estas variáveis psicológicas influenciaram as participantes do estudo e a importância que uma detecção precoce, no puerpério, apresenta no ajustamento e equilíbrio emocional da mulher. Subjacentes às variáveis do estudo estão os Modelos da ansiedade-traço e ansiedade-estado de Spielberg, o Modelo cognitivo dos estados emocionais de Beck e o Modelo Tripartido para a Ansiedade, Depressão e Stresse de Clark e Watson.

A maternidade é um marco na vida de um casal, embora com maior importância para a mulher e que é vivenciada consoante dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais (Correia, 1998, 2005; Leal, 1997, 2001, 2005; Figueiredo, 2001, 2005a, 2005b; Canavarro, 2001, 2008; Bayle, 2005, 2006). O incremento da Psicologia da Gravidez e da Maternidade, em Portugal, permitiu desenvolver a investigação empírica e a qualidade dos conhecimentos dos Psicólogos Clínicos que trabalham nesta área (Canavarro, 2001).

O parto é um episódio envolvido em emoções intensas. Diversos estudos têm demonstrado que, no pós-parto imediato e no puerpério, verificam-se situações de desajustamento emocional na puérpera, na medida em que aumentam a ansiedade, os sintomas depressivos e a sensibilidade ao stresse (Pit, 1985; Tavares, 1990; Rato, 1998; Afonso, 2000; Figueiredo, 2001, 2005a, 2005b; Faisal-Curry & Menezes, 2006; Sit & Wisner, 2009; Aktan, 2010). Botelho (2006) afirmou que o parto, só por si, podia desencadear um eventual trauma psicológico, levando a um agravamento de quadros psicopatológicos.

Nesta Dissertação, espera-se investigar qual o estado psicológico mais predominante no puerpério, observando-se a ansiedade-traço e traço, os sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse, averiguando-se se existem correlações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e se estas influenciam as variáveis. Por último, também se deseja estudar os construtos psicológicos do estudo, comparando as mulheres primíparas e múltiparas.

O estudo é correlacional, comparativo e transversal, para relacionar os efeitos das variáveis, apreciar interações e diferenciar grupos (Almeida & Freire, 1997). É correlacional pois identifica *agrupamentos* de sujeitos e explora relações entre as variáveis (Maroco, 2003),

comparativo porque confronta parâmetros a partir de uma amostra (Maroco, 2003) e transversal, na medida em que as participantes apenas foram avaliadas uma vez, num dado momento (Almeida & Freire, 1997). Recorreu a tratamento estatístico, realizado no programa informático *SPSS* para operacionalizar resultados quantitativos.

Escolheu-se este tema por motivos pessoais e profissionais. Em relação aos motivos pessoais, salienta-se o interesse pela literatura que envolve a Psicologia da Gravidez e Maternidade, a leitura dos diversos estudos publicados em Portugal e a curiosidade de observar as relações que as variáveis psicológicas ansiedade, depressão e stresse poderão apresentar com as participantes do estudo. Por outro lado, também é significativo o aumento destas perturbações na população em geral. Estima-se que, cerca de 12% da população nos países ocidentais, sofra de algum tipo de depressão e 10% de ansiedade (World Health Organization [WHO], 2010). Deste modo, por interesse pessoal em relação às questões envolvidas na gravidez e na maternidade, às perturbações depressivas e ansiosas e, perante o aumento do stresse na globalidade da população, após consulta de bibliografia de referência, delineou-se o desenho desta investigação.

Os motivos profissionais prendem-se com o interesse da temática Psicologia da Saúde e com a actuação do Psicólogo Clínico em contexto hospitalar, mais concretamente na Maternidade. No puerpério consegue perceber-se a importância da detecção precoce dos estados emocionais e como este período de tempo é fundamental para fornecer maior ajustamento psicológico à puérpera.

A investigação encontra-se estruturada por capítulos. No Capítulo 1, o Enquadramento Teórico, realiza-se uma revisão da literatura referente ao tema da Dissertação. Encontram-se subcapítulos relativos à Psicologia da Gravidez e Maternidade, onde se enquadra teoricamente a gravidez, o parto e a maternidade, as patologias médicas associadas, os estádios do nascimento, os diversos tipos de parto, o suporte social e a experiência de parto. Descreve-se o puerpério e as respectivas alterações psicológicas observadas. Em relação aos construtos psicológicos ansiedade, depressão e stresse, procedem-se a definições, analisam-se alguns modelos conceptuais, a sintomatologia e o diagnóstico diferencial. Por último, explica-se um o modelo teórico que engloba as variáveis, o Modelo Tripartido para a Ansiedade, Depressão e Stresse (Clark & Watson, 1991). Em suma, aborda-se o quadro conceptual dos fenómenos em análise, finalizando-se com a pertinência do estudo, o estabelecimento de objectivos e o levantamento de hipóteses.

O Capítulo 2, Método, é dedicado ao desenho da investigação. É possível contemplar a metodologia, nomeadamente as participantes, os instrumentos e o procedimento. As participantes deste estudo foram puérperas de termo, com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos e que consentiram participar no estudo. Utilizou-se as medidas DASS (1995) e STAY (1970) para perceber os construtos psicológicos do estudo.

No Capítulo 3, os Resultados, analisam-se os dados obtidos através do tratamento estatístico. Este tema da investigação diz respeito aos dados quantitativos recolhidos através do protocolo de investigação, confirmando-se ou rejeitando-se as hipóteses.

No Capítulo 4, a Discussão, recorre-se à literatura para explicar, de forma qualitativa, as hipóteses, tendo como base a pesquisa bibliográfica. Também são apontadas limitações à investigação e apresentam-se sugestões para futuros estudos.

A componente lexical da Dissertação termina com a conclusão, onde se revelam as principais contribuições do estudo, os resultados, a confirmação ou infirmação das hipóteses, deixando novas pistas para futuras investigações.

Importa realçar que, no que concerne às citações utilizadas no decurso da investigação, assim como as referências bibliográficas, a Dissertação foi construída de acordo com as normas da APA (2009). Numa perspectiva geral, salienta-se, igualmente, que se adoptou as normas para a elaboração e apresentação de Teses de Doutoramento e Dissertações de Mestrado da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Primo e Mateus, 2008).

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

1.1. Psicologia da gravidez e maternidade

Nos últimos anos tem crescido o interesse dos profissionais pelo desenvolvimento e tarefas psicológicas da gravidez, conduzindo a articulação dos vários conhecimentos provenientes da Psicologia e Saúde à denominada *Psicologia da Gravidez e Maternidade*.

Trata-se da designação mais aceite e utilizada para referir a área da Psicologia da Saúde que se ocupa da maternidade. Teve origem no reconhecimento da relevância das dimensões psicológicas para a saúde materna e do recém-nascido (Canavarro, 2001). Para Leal (2005) traduz-se da seguinte forma:

“O conjunto de saberes e conhecimentos psicológicos que tomam como objecto a Maternidade, sincronicamente no sentido de determinar estruturalmente um conjunto de categorias que descrevem como este conceito opera num determinado tempo. Diacronicamente, no sentido de explicar as mudanças na forma estrutural do objecto. Epistemologicamente, a delimitação do território de intervenção e de pesquisa implica o assumir de uma óptica transdisciplinar.” (Leal, 2005, p.17)

No ponto de vista de Canavarro (2001) é uma área de intervenção baseada num modelo biopsicossocial, onde o sujeito é abordado numa forma holística, resultando numa síntese complexa das suas dimensões físicas, cognitivas, afectivas, comportamentais, interpessoais ou socioculturais.

Apesar de existir há pouco tempo em Portugal, a sua implementação clínica em meio hospitalar tem demonstrado resultados, seja através do contacto directo com os pacientes, seja pelo aumento da investigação empírica (Canavarro, 2001). A Psicologia da Maternidade centra-se na gravidez e confronta-se com questões interligadas com a identidade feminina (Leal, 2001).

Espera-se, neste enquadramento teórico, verificar as relações entre a gravidez, o parto, a maternidade, o puerpério e os estados emocionais associados e confrontar todos estes fenómenos com a ansiedade-traço (AT) e ansiedade-estado (AE), os sintomas depressivos e a sensibilidade ao stresse.

A revisão inicia-se com o subcapítulo referente à gravidez, mais concretamente a sua definição, vivências psicológicas associadas e respectivos estádios de nascimento.

1.1.1. Gravidez

Sinal de perpetuação da espécie humana, a gravidez e o parto, não obstante a leitura científica do fenómeno, continuam a ser eventos místicos na vida da mulher. A gravidez, ao longo do tempo, tem sido considerada como um vector essencial na identidade feminina

(Pereira & Canavarro, 2008), tanto que a decisão de ter um filho é o resultado de motivações conscientes e inconscientes (Cruz, 1990).

A confirmação da gravidez, principalmente se desejada, leva a sentimentos de plenitude e onipotência por parte dos pais (Bayle, 2005). Corresponde ao período de, aproximadamente, 40 semanas, que vai desde a concepção até ao parto, sendo caracterizada por mudanças corporais, vivências psicológicas (Colman & Colman, 1994; Correia, 1998; Canavarro, 2001; Leal, 2005; Bayle, 2005; Botelho, 2006; Cotralha, 2007) e eventual necessidade de ajustamento emocional (Pereira, Santos & Ramalho, 1999). No ponto de vista de Leal (2005), nestas 40 semanas tudo se passa no ‘interior’ da mulher, podendo a gravidez constituir-se como um momento particular de retorno a si própria, ou seja, um investimento maciço no seu corpo e na vida que este contém. Para Bayle (2005) a gravidez é um estado físico transitório, sendo o processo pelo qual a mulher dá vida a um ser.

Estar grávida implica, por parte da mulher, um enorme esforço psicológico e físico, levando a um reajustamento dos mecanismos biológicos e psíquicos (Mascoli, 1990; Bayle, 2006), reenviando-a para comportamentos e significados que se inscrevem nas camadas mais arcaicas da sua estrutura de personalidade (Botelho, 2006). Durante a gravidez, a mulher consegue incorporar o feto no seu esquema corporal e habituar-se a ritmos metabólicos, hormonais e fisiológicos diferentes (Cruz, 1990).

Ainda que limitada a nível temporal, a gravidez é o início de um projecto vitalício, que faz parte de um processo de desenvolvimento e maturação¹ (Canavarro, 2001; Cotralha, 2007; Pereira & Canavarro, 2008).

Numa perspectiva sistémica, a gravidez também pode ser perspectivada como um período de crise normativa de desenvolvimento (Relvas, 2005), em que a mulher pode reviver alguns dos seus sonhos infantis e adolescentes (Cruz, 1990), sendo passível de uma resolução saudável (Cotralha, 2007), implicando um reajustamento do ciclo familiar (Carneiro *et al.*, 2003; Leal, 2005; Figueiredo, 2005b; Relvas, 2006), levando a novas adaptações e transformações (Conde & Figueiredo, 2005; Bayle, 2005) e à necessidade de rever a relação consigo própria, com os seus pais, com o seu companheiro e, se existirem, com os outros filhos (Figueiredo, 2005a). Oliveira, Pedrosa e Canavarro (2005) mencionaram que a gravidez também pode ser um período de crise ou circunstância indutora de stress, desencadeando mudanças a nível comportamental e relacional.

¹ De acordo com uma perspectiva desenvolvimental, perfilhada por Canavarro (2001), a gravidez e a maternidade são consideradas períodos de desenvolvimento, com características próprias, pois implicam resolver um conjunto de tarefas e viver uma crise própria.

Leal (1997, p.204) afirmou que, “após um período de crise, é possível actualizar-se sentimentos que desencadeiam respostas adaptativas, de acordo com as possibilidades emocionais dos sujeitos”.

De acordo com Relvas (2006), a gravidez constitui uma etapa do ciclo vital da família, implicando um ajustamento dos tradicionais papéis sociais. O nascimento do primeiro filho leva a essa transição. Não obstante, a crise normativa que a envolve, a gravidez é um acontecimento normal do desenvolvimento humano (Rato, 1998).

A gravidez provoca uma maior vulnerabilidade, desorganização dos papéis anteriores, modificações fisiológicas, ambivalência e alterações dos estados emocionais (Sá, 2005, Antunes & Patrocínio, 2007). Verifica-se uma ‘carga física’ que, em conjunto com aumento do nível de ansiedade e stress, poderá originar uma “resposta psicológica positiva ou negativa, dependendo das alterações corporais, segurança emocional, expectativas, apoio de pessoas próximas e do nível de desejo da gravidez” (Portelinha, 2003, p.19).

Numa forma geral, na sociedade, a gravidez é perspectivada como um momento que proporciona maior união ao casal (Pereira *et al.*, 1999). Apesar de modificar o equilíbrio familiar, também é um momento de partilha. Permite a continuidade da vida através das gerações, sendo alterados o papel e a função de cada membro do agregado familiar (Sá, 2004; Bayle, 2005).

Para Colman e Colman (1994), a gravidez é uma fase de transição que conduz a um equilíbrio instável e exigente, do ponto de vista psicológico.

Segundo Correia (2005), é um processo de mudança a nível hormonal, físico, emocional, familiar e social, sendo necessário que a mulher recorra aos seus mecanismos de defesa, para se adaptar adequadamente à gravidez. A forma como estas alterações são integradas e vivenciadas, relacionam-se directamente com a sua estrutura de personalidade, suporte social, desejo e significado da gravidez ou maternidade.

Na perspectiva de Leal (1997; 2005), a gravidez ou o período ‘gravídico’ é uma fase cada vez mais rara e tardia do ciclo de vida reprodutor da mulher, sujeita a acompanhamento médico e, caso se justifique, psicológico. No mundo ocidental, perante o declínio da taxa de natalidade, a gravidez passou a ser estudada como um período de reflexão. Deixou de ser uma temática naturalmente inscrita no ciclo de vida, constituindo-se como uma fase de investimento e objecto de várias mutações (Leal, 1997; Botelho, 2006). Leal (1997, p.203) referiu que “existiam menos mulheres a ter filhos, tanto que a banal gravidez se revestiu de um particular significado”.

No ponto de vista de Sá (2004), a gravidez surge, em primeiro lugar, num plano mental, antes de se constituir fisicamente. Para o autor, de acordo com uma perspectiva psicodinâmica, a mulher engravida emocionalmente a um ritmo diferente de uma gravidez obstétrica, ou seja, pode engravidar psicologicamente ao imaginar-se como mãe. Nalgumas situações, a gravidez surge no âmbito das vivências emocionais, desencontrando-se da experiência ‘corporal’.

De acordo com Pereira e Canavarro (2008), a gravidez é uma fase de construção e desenvolvimento que poderá desencadear algum desequilíbrio, culminando num processo de crescimento e enriquecimento pessoal.

Não obstante a unicidade da percepção que cada mulher tem da sua gravidez, as tarefas psicológicas, amplamente descritas e referenciadas na literatura (Canavarro, 2001; Oliveira *et al.* 2005; Meireles & Costa 2005; Botelho, 2006; Botelho, 2006; Figueiredo², 1997; Cotralha, 2007) são as seguintes:

Tarefa 1 – *Aceitar a gravidez*. Implica reconhecer e acreditar que a mulher está grávida, para progredir nas tarefas seguintes. Independentemente do planeamento ou desejo da gravidez, é necessário confirmar a ocorrência da concepção e analisar sentimentos associados (Figueiredo, 1997; Canavarro, 2001; Oliveira *et al.*, 2005; Meireles & Costa, 2005; Botelho, 2006; Cotralha, 2007).

Tarefa 2 – *Aceitar a realidade do feto*. Consiste na tarefa psicológica de reconhecer o feto como entidade física e psicológica diferenciada, com vista à sua individualização (Figueiredo, 1997; Canavarro, 2001; Oliveira *et al.*, 2005; Meireles & Costa, 2005; Botelho, 2006; Cotralha, 2007).

Tarefa 3 – *Reavaliar e reestruturar a relação com os pais*. Permite à grávida pensar nas relações, actuais e do passado, com os seus progenitores. Pretende-se, assim, equilibrar a necessidade de apoio e autonomia (Figueiredo, 1997; Canavarro, 2001; Oliveira *et al.*, 2005; Meireles & Costa, 2005; Botelho, 2006; Cotralha, 2007).

Tarefa 4 – *Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro*. O casal tem que enfrentar os novos desafios que surgem na relação amorosa, ajustando-se emocionalmente à futura estrutura familiar e ao novo elemento (Figueiredo, 1997; Canavarro, 2001; Oliveira *et al.*, 2005; Meireles & Costa, 2005; Botelho, 2006; Cotralha, 2007).

² Figueiredo, B. (1997). Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho.

Tarefa 5 – *Aceitar/ construir a relação com o bebé como pessoa separada*. Esta tarefa representa o momento em que a grávida tem que se separar da sua gravidez e aceitar o bebé como realidade física, para que possa investir emocionalmente no bebé real (Figueiredo, 1997; Canavarro, 2001; Oliveira *et al.*, 2005; Meireles & Costa, 2005; Botelho, 2006; Cotralha, 2007).

Tarefa 6 – *Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade*. Nesta fase há uma integração da identidade materna, analisando a grávida as perdas e ganhos da maternidade e aceitar as mudanças associadas. Implica reconhecer, na sua identidade, o significado de ser mãe (Figueiredo, 1997; Canavarro, 2001; Oliveira *et al.*, 2005; Meireles & Costa, 2005; Botelho, 2006; Cotralha, 2007).

Tarefa 7 – *Reavaliar e reestruturar a relação com outro (s) filho (s)*. Além de integrar o bebé como pessoa separada, implica preparar a(s) criança(s) da família para a vinda do novo irmão ou irmã e, ao mesmo tempo, fortalecer o papel de cada um no sistema familiar (Figueiredo, 1997; Oliveira *et al.*, 2005; Relvas, 2005; Meireles & Costa, 2005; Botelho, 2006; Cotralha, 2007; Canavarro, 2008).

Canavarro (2001) referiu que a correspondência entre as dimensões do tempo cronológico e as tarefas de desenvolvimento não eram lineares, existindo tarefas que se prolongavam ou antecipavam do período habitualmente considerado.

A gravidez ou processo ‘gravídico’ também se pode dividir em três trimestres ou fases procurando fornecer, igualmente, uma maior explicação psicológica deste fenómeno (Colman & Colman, 1994; Justo, Bacelar-Nicolau & Dias, 1999):

1. Primeiro trimestre – Integração

Nesta fase, compete à mulher integrar e aceitar a nova realidade física, de forma a reorganizar as relações com a figura materna. Implica uma solidificação da personalidade feminina e de resolução de conflitos com a sua mãe. É das tarefas psicológicas mais importantes, visto o seu esforço interno para o conseguir (Colman & Colman, 1994; Justo *et al.*, 1999). Esta fase prolonga-se até ao momento em que a mulher sente os primeiros movimentos fetais (Cotralha, 2007, p.36).

2. Segundo trimestre – Diferenciação

Após integração física da gravidez, a mulher grávida tem que compreender a autonomia do bebé, devendo o feto ser reconhecido como um ser individual e não parte integrante do *self* (Cotralha, 2007, p.36). Também tem que reavaliar a relação com o

companheiro havendo, nesta fase, uma dinâmica elaborativa do significado da gravidez na vivência conjugal (Cotralha, 2007, p. 37).

3. Terceiro trimestre – Separação

Neste trimestre a mulher tem que se preparar psicologicamente para a separação física e psicológica da criança (Colman & Colman, 1994). É habitual aumentar o nível de ansiedade³ com a aproximação do parto, especialmente nos dias que antecedem a data prevista. Contudo há uma intensificação deste estado emocional se o dia for ultrapassado (Rato, 1998, p.406). Em última análise, ressalva-se que as modificações corporais e as alterações dos hábitos de vida são comuns às três fases (Justo *et al.*, 1999).

Nas últimas décadas, a comunidade científica tem investido na Psicologia da Gravidez, Maternidade e Parentalidade, sendo estudada como uma fase de desenvolvimento psicológico de elevada importância (Sá, 2004), tendo merecido a atenção de diversos profissionais. Num estudo transversal de Justo *et al.* (1999) constataram-se as variáveis psicológicas envolvidas na gravidez. Com uma amostra de 466 grávidas e 111 puérperas, pretendeu-se analisar a relação entre a ansiedade e o tempo de gestação. Concluíram, então, que o início da gravidez é psicologicamente instável, que no terceiro trimestre e no puerpério há uma oscilação psicológica e, nos primeiros dias após o parto, retoma-se o equilíbrio psicológico.

Noutro estudo de Pereira *et al.* (1999) sobre a adaptação psicológica à gravidez, foram avaliadas 60 mulheres grávidas. A amostra por conveniência foi recolhida numa unidade de obstetrícia pública e em centros privados. Este estudo correlacional teve como objectivos explorar as relações entre a saúde física e indicadores psicológicos, nomeadamente qualidade da relação conjugal, sintomatologia psicológica – ansiedade, depressão e sensibilidade interpessoal, suporte social e coping. A média de idade das participantes foi de 29 anos, tendo 85% planeado a gravidez e 92% reagido bem à mesma. Cerca de 88% eram casadas, 2% viviam em união de facto e 8% solteiras. As autoras concluíram que a adaptação à gravidez foi afectada pela ausência de acompanhamento de uma pessoa significativa e pela presença de complicações. Esta última estava associada positivamente a recursos de *coping* e qualidade de relações. Observaram que as grávidas, que apresentavam maior vulnerabilidade psicológica, denotavam menos qualidade nos relacionamentos conjugais, havendo uma

³ A ansiedade costuma surgir a partir do 6.º ou 7.º mês de gestação, com a aproximação do parto, com as alterações na rotina diária e com o confronto com o bebé real (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004; Baptista, Baptista & Torres, 2006), sendo a sua presença um denominador comum a qualquer processo gravídico (Conde & Figueiredo, 2005).

correlação positiva entre sintomatologia psicológica, relacionamento conjugal e coping. Por último, os resultados indicaram que quanto melhor era o relacionamento conjugal menor a sintomatologia psicológica.

Também Meireles e Costa (2005) verificaram a adaptação psicológica da mulher à gravidez. Com recurso a 329 grávidas pretenderam observar relações entre as seguintes variáveis: contexto relacional, percepção do suporte social, características da gravidez e vivências corporais. As participantes foram recrutadas numa consulta externa de um serviço público de obstetrícia. A média de idades foi de 27 anos, sendo 51% primíparas e 94% casadas. As autoras verificaram que havia uma correlação positiva entre a relação mãe-bebé, suporte social e vivência da gravidez. Concluíram que a ansiedade e depressão correlacionavam-se com baixo nível de suporte social, ou seja, quanto maior a ansiedade, menor o suporte social, com as dificuldades nas vivências corporais e adaptação à gravidez.

De uma forma global, é possível afirmar que a gravidez dimensiona os papéis e as relações da mulher num contexto diferente, sujeitando-a a maior apoio social e relacional (Colman & Colman, 1994).

Em suma, a gravidez representa a época em que a mulher se prepara para o parto e para a maternidade (Botelho, 2006). São nove meses de elaborações ensaios, ligações, ansiedades e fantasias que levam à construção e consolidação do projecto vitalício que é ser mãe (Canavarro, 2001).

De um ponto de vista psicológico, a gravidez pode ser entendida como uma experiência com significados e implicações emocionais. É uma etapa da vida em que se verifica ajustamento ou desajustamento emocional, nomeadamente AE e AT, sintomas depressivos ou sensibilidade ao stresse. Seguidamente, são resumidas as principais patologias médicas associadas à gravidez e que podem, de alguma forma, afectar o funcionamento afectivo da mulher.

1.1.1.1. Patologias médicas

As patologias médicas mais frequentemente associadas à gravidez são a diabetes gestacional e a hipertensão arterial. Em certas gestações, poderá a mulher ter algumas complicações físicas que levam a desajustamento emocional. A literatura é unânime ao afirmar que existe uma correlação entre o desajustamento emocional e as patologias médicas.

A hipertensão arterial consiste no aumento da pressão arterial. Constitui um factor de mortalidade perinatal e um factor de risco para a pré-eclâmpsia, podendo esta surgir após a 20.^a semana de gravidez, em mulheres normotensas (Graça, 2005)..

A diabetes gestacional é uma doença caracterizada pelo aumento da secreção inadequada ou deficiente da insulina. Surge, aproximadamente, em cerca de 5% das gravidezes e é uma situação que necessita acompanhamento obstétrico regular (Graça, 2005).

Tanto a hipertensão como a diabetes gestacional são situações de risco obstétrico, levando a mulher a ficar mais preocupada e com maior consciência de um parto prematuro (Graça, 2005). Vários investigadores têm referido que pessoas com patologias médicas ou doenças apresentam algum tipo de desregulação emocional e afecto negativo (McIntyre, 1995; Paúl, 1995; Silva, 1995; Miguel, Carvalho & Baptista, 2000; Almeida & Oliveira, 2000; Baptista, Rosas & Silva, 2000; Amorim & Coelho, 2008).

De seguida, abordam-se fenómenos e experiências descritas na literatura, envolvidas no parto e maternidade.

1.1.2. Parto e maternidade

Ter um filho, em cada civilização, é perspectivado consoante a educação, características e experiências pessoais e outras atmosferas culturais que envolvem a mulher (Correia, 1998). O nascimento de uma criança expressa a realização de um desejo consciente, integrado num projecto de vida relacionado com ideais sociais e familiares, sendo igualmente a concretização de um desejo inconsciente (Ferreira, 1995). Geralmente é perspectivado como um dos acontecimentos mais marcantes na história de uma família (Moura-Ramos & Canavarro, 2007) sendo também encarado, em associação com a transição para a parentalidade, um episódio de vida potenciador de stresse (Lopes, Donelli, Lima & Piccinini, 2005; Miller, Pallant & Negri, 2006; Vaz Serra, 2007; Moura-Ramos & Canavarro, 2007; Pereira & Canavarro, 2008).

O parto, tarefa fundamental de manutenção da espécie, envolve um conjunto de rituais e cerimónias, dos quais apenas alguns estão relacionados com a tarefa real de auxiliar uma mulher a parir uma criança (Colman & Colman, 1994).

Ter um filho, principalmente numa primípara, é um dos acontecimentos de vida mais importantes na vida de uma mulher e representa um desafio à sua maturidade psicológica e responsabilidade (Mascoli, 1990; Portelinha, 2003, p.19), à sua estabilidade emocional (Bayle, 2006), à sua estrutura de personalidade (Teixeira & Leal, 1995). Também poderá ser

uma ‘fonte’ de stress pelas exigências nas prestações de cuidados ao recém-nascido (Teixeira & Leal, 1995; Moura-Ramos & Canavarro, 2007).

Esta fonte de stress pode ser comprovada num estudo de Teixeira e Leal (1995), nomeadamente as expectativas e as atitudes de mães primíparas, a relação mãe-bebé e os padrões de interacção. Recorrendo a uma amostra de 61 mulheres, recolhidas numa maternidade pública da cidade de Lisboa, utilizou-se um grupo de controlo de 32 puérperas, com recém-nascido de termo e um grupo experimental de 29 puérperas, com recém-nascidos prematuros, embora sem alterações anátomo-fisiológicas aparentes. As autoras pretendiam estudar as atitudes e percepções que as primíparas revelavam em relação aos filhos. Tanto o grupo experimental como o de controlo referiram expectativas e atitudes maternas semelhantes nos padrões de interacção, não existindo diferenças estatísticas. Contudo, correlacionaram outras variáveis e concluíram que as atitudes e expectativas das primíparas estavam relacionadas com a personalidade da mulher e seus mecanismos de defesa.

Como já foi referido, o parto é um acontecimento único na vida de uma mulher, mas também pode ser um episódio crítico devido a mudanças psicológicas intensas e bruscas (Rato, 1998). A forma como é vivenciado determinará o bem-estar psicológico da puérpera (Costa *et al.*, 2004).

Frequentemente relacionado com aspectos biológicos, o parto também é amplamente influenciado por aspectos psicológicos e socioculturais. Para Correia (1998) o parto, numa perspectiva psicológica, é um acontecimento que afecta, não só a relação da mulher com o homem, mas também com o clã em que ambos se inserem. Neste ponto de vista é, no momento do parto, que a mulher define a sua nova identidade, deixando de ser filha e tornando-se mãe (Correia, 1998).

O parto pode ser perspectivado como o acontecimento físico de dar à luz, mas também possui vivências psicológicas associadas. Colman e Colman (1994) e Botelho (2006) mencionaram que se trata de um acontecimento inesquecível, mais intenso do que a mulher primípara espera e que a obriga a participar num fenómeno fantástico e esporádico. Segundo Botelho (2006), na maioria das circunstâncias, é vivido com ansiedade e confusão.

Actualmente, as famílias vivem em grandes centros urbanos e as trocas de experiências relativas ao trabalho de parto (TP) são mais restritas (Afonso, 2000). O meio pela qual a mulher vivencia a gravidez e a maternidade relaciona-se com componentes culturais, que influenciam o sentir e o agir, e também com aspectos intrínsecos, relacionados com características da sua personalidade (Correia, 1998).

A maternidade confere à mulher um estatuto de maior maturidade, perspectivando-se o parto como um processo de transição a nível social, biológico e psicológico (Figueiredo, 2005b). É um acontecimento e uma função extremamente valorizadas, sendo-lhe atribuída a capacidade de fecundar e conceber (Rato, 1998).

Para Figueiredo (2005a), durante a gravidez, a mulher deverá definir uma identidade materna própria, para que consiga estabelecer um comportamento adequado na presença do bebé. É um acontecimento promotor de mudanças em toda a família, podendo ser uma fonte de elevada satisfação, pois fomenta uma realização pessoal e atribui um novo significado à vida dos pais (Moura-Ramos & Canavarro, 2007).

A presença de um filho, no núcleo familiar, implica um conjunto de reajustes no quotidiano e estrutura familiar (Relvas, 2006). Enquanto a maternidade é para toda a vida (Canavarro, 2001; Antunes & Patrocínio, 2007), o parto resume-se a algumas horas, consoante os estádios de nascimento, que de seguida serão sintetizados.

1.1.2.1. Estádios do nascimento

No ponto de vista de Oxorn o TP é “uma função da mulher pela qual os produtos conceptuais tais como, o feto, o líquido amniótico, a placenta e as membranas) são deslocados e expelidos do útero, através da vagina, para o exterior.” (Oxorn, 1989, p 95).

O TP é o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e que culmina com a expulsão. Embora seja um processo fisiológico rotineiro, é necessário prestar atenção ao seu desenvolvimento de forma a evitar intervenções desnecessárias (Wolcott & Bailey, 2007). Uma vez iniciado, segue-se uma sequência previsível. O TP divide-se em três estádios de nascimento distintos que são: 1) dilatação, 2) período expulsivo e 3) dequitação (Machado, 2005; Wolcott & Bailey 2007).

1) Dilatação⁴

Considera-se que o TP se inicia no momento em que se desencadeiam contracções uterinas, ao mesmo tempo que o colo se apaga e começa o processo de dilatação. Na prática,

⁴ Este estágio de nascimento divide-se em fase lactente e activa (Wolcott & Bailey, 2008; Campos, Amaral, Mateus & Faria; 2008). A fase lactente decorre desde o início das contracções regulares até ao momento em que o colo do útero está totalmente apagado e com cerca de três centímetros de dilatação. A fase activa vai até à dilatação completa, ou seja, até aos 10 centímetros de dilatação. A fase activa do TP inicia-se com a presença de contracções uterinas rítmicas e constatação de uma dilatação superior ou igual a quatro centímetros, com extinção do colo uterino. O período de tempo da fase lactente é bastante variável e influenciada por vários factores externos, ao contrário da fase activa, que permite uma maior previsibilidade do desfecho do TP (Wolcott & Bailey, 2008; Campos, Amaral, Mateus & Faria; 2008).

sabe-se que está estabelecido quando a grávida menciona contractibilidade dolorosa e regular, em frequência e intensidade (Machado, 2005), dores nas costas e na parte anterior do abdómen (Oxrn, 1989). Cohen e Friedman (1983) descrevem que a dilatação inicia-se com contracções uterinas regulares e termina com a dilatação do colo do útero. O processo de dilatação pode classificar-se em três períodos, a aceleração, o declive máximo e a desaceleração (Cohen & Friedman, 1983).

2) *Expulsão*

O segundo estágio, a expulsão, começa com a dilatação completa e finaliza com a expulsão do feto. O período expulsivo inicia-se com a dilatação cervical completa, tendo numa nulípara a duração máxima de duas horas e numa múltípara, uma hora (Campos *et al.*, 2008).

3) *Dequitação*⁵

Por último, o terceiro estágio, a dequitação, ocorre desde a expulsão do feto até à eliminação da placenta e das membranas fetais.

Conforme Wolcott e Bailey (2007) mencionaram, o TP numa mulher nulípara é de, aproximadamente, uma hora e uma múltípara, cerca de 30 minutos. Todavia, o TP depende do desfecho obstétrico da gravidez, ou seja, do tipo de parto, que será abordado no próximo sub-capítulo.

1.1.2.2. Tipos de parto

O parto pode ser eutócico ou '*normal*', instrumental ou cesariana. O parto eutócico é a expulsão espontânea do feto por via vaginal (Costa, 2005,p.918). É o conjunto de fenómenos mecânicos e fisiológicos que têm como consequência a saída do feto e dos anexos do organismo materno (Manuila, Manuila, Lewalle & Nicoulin, 2000) Entende-se por parto instrumental uma intervenção obstétrica que recorre à utilização de fórceps ou ventosa (Cardoso & Clode, 2007, p.91). A cesariana é uma intervenção cirúrgica que consiste em extrair o feto através da incisão da parede abdominal e do útero (Costa, 2005,p.219)

Não sendo uma investigação exaustiva no âmbito das Ciências Médicas, resume-se as indicações internacionais para recorrer ao parto instrumental, sejam maternas ou fetais, que são as seguintes (Graça, 2005; Cardoso & Clode, 2007):

⁵ Segundo Machado (2005), consiste no processo que leva à expulsão da placenta, após o nascimento. Depois da saída do feto, o útero contrai de forma espontânea e há uma redução da área de implementação da placenta, que se espessa. Regra geral, a separação da placenta ocorre alguns minutos após o parto. Quando a placenta se desloca, a pressão exercida pelo útero contraído provoca o seu deslizamento para a parte superior da vagina e a sua expulsão para o exterior.

1. Período expulsivo prolongado;
2. Necessidade de abreviar o período expulsivo;
3. Suspeita de sofrimento fetal.

Por outro lado, as principais indicações para a realização de uma cesariana são (Campos, 2008):

1. Patologia médica materna;
2. Patologia associada à gravidez;
3. Anomalia fetal;
4. Cesariana prévia;
5. Estado fetal não tranquilizador;
6. Incompatibilidade feto-pélvica.

No próximo subcapítulo aborda-se a importância da intervenção na dor (ID), os estudos que suportam essa afirmação e algumas fundamentações teóricas.

1.1.2.3. Intervenção na dor

A dor é um mecanismo natural de defesa do organismo, constituindo uma ‘premonição’ do perigo. Na gravidez, alerta a mulher para o início do TP e das contracções uterinas (Oxorn, 1989; Ormonde, 1995)

Como fenómeno complexo com uma vertente biofisiológica, bioquímica, psicossocial, comportamental e moral, a dor pode e deve ser tratada. A dor que a mulher sente, durante o TP, desencadeia alterações no equilíbrio homeocinético (Direcção-Geral de Saúde [DGS], 2001), devendo ser aliviada após ter desempenhado a sua função de alerta. O estado de conhecimento actual demonstra que a persistência de dor severa prejudica a mãe e o feto (Ormonde, 1995; DGS, 2001; Brazão, 2005).

A ID, durante o trabalho de parto e nos diversos estádios de nascimento, tem sofrido uma evolução significativa, ocorrendo, em simultâneo, com o avanço científico da Medicina. Esta progressão traz, igualmente, novas formas de actuar na assistência ao parto (Figueiredo, Pacheco & Pais, 2003; Brazão, 2005). Wolcott e Bailey (2007) referem que, durante o trabalho de parto para que a dor seja atenuada, é necessário recorrer a métodos de alívio da dor, nomeadamente a analgesias e anestésias loco-regionais epidural, sequencial ou bloqueio sub-aracnoideo. Perspectiva-se que, ao diminuir a dor neste processo, a mulher se encontre mais colaborante e a sua percepção do parto seja mais satisfatória.

O TP deve desenrolar-se com auxílio total ou parcial na dor (Ormonde, 1995). No Plano Nacional de Luta Contra a dor da DGS (2001) há referência à analgesia obstétrica, referindo que, ao aliviar a dor que a mulher sente durante o trabalho de parto, ajuda-a na sua descoordenação, na diminuição do fluxo sanguíneo, na melhor oxigenação fetal levando a um trabalho de parto mais rápido e a colaboração materna. O parto com analgesia epidural é, habitualmente, vivenciado de forma mais positiva (Costa *et al.*, 2004)

Numa investigação sueca sobre dor e analgesia, Zador, Fallman, Kebbon e Nilsson (1974)⁶ investigaram níveis de ansiedade, stress, dor e percepção da mulher do parto. Numa amostra com 318 puérperas, criaram-se dois grupos, as primíparas e as múltiparas. Os resultados do estudo demonstraram que, em ambos os grupos, havia uma correlação positiva entre desejo de alívio de dor e ansiedade, tendo 84% referindo uma dor muito intensa durante o trabalho de parto e desconforto emocional. Contudo, 73% das puérperas, que usufruíram de intervenção na dor, descrevem o parto como uma experiência positiva, tendo a Neste estudo a intervenção na dor não era percebida pelos anestesistas, tal como na actualidade e os métodos e técnicas diferem, tendo evoluído positivamente.

Para Martins *et al.* (2002) a analgesia em obstetrícia é cada vez mais frequente e solicitada pelas mulheres em TP, constituindo um método eficaz de alívio da dor, nos diversos estádios de nascimento, permitindo à parturiente manter o interesse e colaboração nos diversos estádios de nascimento.

A reacção da mulher ao desconforto do parto reflecte os valores da sua cultura. Algumas sociedades esperam que a mulher manifeste tranquilidade, enquanto noutras o parto é perspectivado como tempos de angústia e terror (Colman & Colman, 1994).

É comum a grávida sentir dores no TP, mais concretamente no período de dilatação. Vários estudos têm demonstrado que a maioria das mulheres que usufruíram de algum tipo de ID, relatam uma experiência mais positiva. Como a dor é uma das dimensões mais preponderantes desta experiência, uma investigação de Figueiredo *et al.* (2003) com 115 mulheres primíparas, recrutadas na consulta externa de uma maternidade, demonstra essa afirmação. O estudo abrangeu grávidas com uma média de idades de 26 anos, sendo 97% de etnia caucasiana, habitando 84% na região do Douro Litoral e encontrando-se 68% das grávidas casadas. A média de estudos da amostra era nove anos de escolaridade. Os

⁶Embora seja um estudo mais antigo, sabe-se que a analgesia obstétrica foi aperfeiçoada na década de 40/50 do século passado (Ormonde, 1995). O conceito e as técnicas utilizadas na intervenção na dor, referenciadas pelos anestesistas em 1974, diferem substancialmente das actuais, sendo importante reter, neste estudo, a correlação positiva ente alívio da dor e diminuição da ansiedade e stress.

objectivos foram perceber como a dor sentida, durante o trabalho de parto, influencia o pós-parto imediato, nomeadamente o grau de satisfação e experiência com o parto. A recolha de dados efectuou-se até cinco dias após o parto.

Constataram que, para a generalidade das mulheres, a dor do TP é muito intensa (57%), recordando 35% das puérperas o parto como bastante doloroso. Em 46% das mulheres que tiveram parto eutócico, apenas 24% tiveram analgesia epidural. Das 53% das mulheres com parto por cesariana, 20% receberam analgesia epidural e 33% anestesia geral. Em síntese, 44% dos partos decorreram com recurso a analgesia epidural, 40% com analgesia geral e 22% sem qualquer tipo de intervenção na dor. As mulheres com parto eutócico e analgesia epidural correlacionaram-se positivamente com satisfação e experiência positiva, tendo sido a intervenção na dor fundamental para essa satisfação.

Conforme se concluiu, a dor no TP é muito intensa. Figueiredo *et al.* (2003) referiram que é imperativo humanizar os esforços nos cuidados de saúde e introduzir novas tecnologias para aumentar a satisfação com o TP, bem como reduzir níveis de dor.

No ponto de vista de Brazão (2005) e Martins *et al.* (2002) não existem evidências que provem que a dor durante o trabalho de parto seja benéfica para a grávida ou para o feto. Até pelo contrário, verifica-se que o stress, a ansiedade e a dor produzem alterações na homeostasia materna e podem causar efeitos prejudiciais à parturiente e ao feto e até causar resultados negativos na evolução do TP. A intervenção na dor é uma decisão importante e proporciona maior conforto físico à parturiente, constituindo a analgesia epidural o método mais eficaz de alívio da dor em todas as fases do parto, já que não produz um bloqueio motor significativo e mantém a parturiente colaborante (Martins *et al.*, 2002).

A mesma conclusão já tinha sido descrita por Oxorn, em 1989, quando afirmou que o stress do trabalho de parto poderia levar a asfíxia fetal e que o uso de técnicas analgésicas poderia evitar ou reduzir essa asfíxia.

Independentemente do desfecho obstétrico, pretende-se que a mulher, ao recorrer a técnicas de alívio da dor, mantenha a consciência e tenha uma colaboração mais activa durante o TP, humanizando-o (Martins *et al.*, 2002) e que no puerpério haja maior ajustamento emocional. Não obstante, tanto no peri-parto como no puerpério é importante que a mulher tenha algum elemento significativo que esteja presente durante o TP, constituindo o suporte social e a experiência de parto factores determinantes para o ajustamento emocional. No próximo subcapítulo serão descritos estudos e fundamentos teóricos que suportam essa afirmação.

1.1.3. A experiência do parto

O “parto é uma experiência de extrema importância na vida de uma mulher” (Lopes *et al.*, 2005, p.247). De acordo com Figueiredo, Costa e Pacheco (2002), é importante perceber a experiência que a mulher reteve do parto, perspectivando as autoras que esta interfere significativamente no funcionamento emocional da relação mãe-bebé. O estado actual de conhecimento aponta que as mulheres que possuem, durante o TP, acompanhamento de alguém significativo, valorizam e consideram o seu parto como determinante de experiência positiva (Figueiredo *et al.*, 2002; Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, 2003). No entanto, segundo Costa *et al.* (2004) e Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco e Pais (2007), a experiência e percepção do parto também depende do tipo de parto e da anestesia que foi utilizada. Na investigação de Conde *et al.* (2007), um parto distócico foi percebido, pelas puérperas, como negativo e encontrou-se associado a uma experiência global menos positiva.

Não sendo um evento neutro, o parto leva a elevados níveis de ansiedade que poderão estar aumentados no puerpério (Lopes *et al.*, 2005). Para Costa *et al.* (2004) a experiência de parto encontra-se, igualmente, associada a variáveis como a dor, a ansiedade-traço e stress percebido durante o TP. Noutro estudo de Costa, Pacheco & Figueiredo (2007), referente à DPP (depressão pós-parto), confirmou-se que a qualidade da experiência do parto interfere no ajustamento emocional no pós-parto, sendo este impacto verificado a curto e médio prazo.

As investigações são coerentes quando demonstram que a experiência do parto produz efeitos na mulher, podendo levar a ajustamento ou desajustamento emocional no puerpério (Klaus & Kennel, 1992; Lopes *et al.*, 2005). Em situações extremas, algumas mulheres podem vivenciar o parto de forma demasiado traumática e despoletar uma Perturbação de Stress Pós-Traumático, sendo os sintomas mais comuns o comportamento evitante e flashbacks relativos à experiência de parto (Costa *et al.*, 2007)

Um outro aspecto envolvido nesta experiência está relacionado com o desfecho obstétrico. Num estudo de Cordeiro (2002), as puérperas foram avaliadas com o objectivo de observar a influência que o tipo de parto teria na relação mãe-bebé. Concluiu que o parto distócico, poderá constituir um episódio *traumático* em mulheres com maior fragilidade emocional.

No estudo de Waldenstrom e Sehytt (2008) com 1383 participantes, observou-se que há tendência para as mulheres esquecerem a dor do TP. Cerca de 49% referiram, cinco anos após o parto, que a dor que tiveram não foi significativa. O suporte que a mulher beneficiou

no pós-parto, também é fundamental para atenuar ou diminuir aspectos negativos. No próximo subcapítulo procede-se à documentação teórica relacionada com o suporte social e relata-se a sua importância no puerpério.

1.1.4. Suporte social

O suporte social ou apoio social é, de uma forma geral, a integração da pessoa num determinado meio e numa vasta rede de serviços. Pode ser descrito em termos de aspectos estruturais como, por exemplo, o tamanho do grupo ou em aspectos funcionais, como a percepção do apoio e satisfação das necessidades (Baptista, Baptista & Torres, 2006). O suporte social é fundamental, para o sujeito, para manutenção da saúde mental e perante eventos desencadeadores de stress (Baptista *et al.*, 2006).

O apoio social refere-se à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à frequência do contacto, ao modo como é percebido que existe um sistema de apoio que e à prestação de cuidados (Vaz Serra, 2007).

Há evidências empíricas de que um adequado suporte social funciona como apoio, no decorrer da vida dos seres humanos, tal como no parto e puerpério, fornecendo às puérperas maior autonomia, esperança, apoio e protecção (Baptista *et al.*, 2006). A gravidez e o puerpério são duas fases de vida que envolvem a rede social da mulher, tornando-a mais dependente de apoio afectivo e psicossocial (Botelho, 2006). Segundo Figueiredo *et al.* (2002), os estudos evidenciam que a presença de uma pessoa significativa durante o TP proporciona maior apoio emocional à puérpera. É valorizado pela parturiente o apoio do companheiro ou de alguém significativo no TP (Figueiredo *et al.*, 2002).

Vários estudos têm demonstrado que a presença da figura paterna ou de outro elemento significativo, tanto em parto eutócico como distócico, têm mostrado efeitos positivos no ajustamento emocional da puérpera (Figueiredo *et al.*, 2002).

O suporte social é, igualmente, uma estratégia utilizada para controlar o impacto da sintomatologia depressiva e ansiosa, na relação mãe-bebé e nas relações familiares (Baptista *et al.*, 2006). No pós-parto, a rede de apoio social e a qualidade das relações significativas são particularmente importantes na adaptação da mulher, na medida em que há uma elevada exigência desenvolvimental e aumento de episódios stress. Vários estudos têm demonstrado a importância do apoio social e qualidade da relação para o bem-estar da puérpera, tanto com o companheiro, como a mãe (Figueiredo, Pacheco & Costa, 2006). Os familiares são, por excelência, quem pode prestar um apoio social mais imediato nas alturas de crise, tanto que,

uma vasta rede social oferece um maior número de possibilidades de encontrar uma pessoa que possa ser útil em dada situação (Vaz Serra, 2007).

É fundamental, para manter um bom nível de saúde mental e enfrentar situações potenciadoras de stresse, um adequado suporte social (Baptista et al, 2006).

O estudo de Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion e Epiney (2009) confirma a ideia de que, no pós-parto, devido ao aumento da sensibilidade ao stresse, as mulheres primíparas que possuem um suporte social percebido como *bom*, denotam estratégias de coping mais adequado. A investigação de Aktan (2010) relativa ao suporte social e aspectos psicossociais do pós-parto vem ao encontro da literatura. Com recurso a 177 mulheres, avaliadas no pós-parto, verificaram que existia correlação entre um nível de suporte social mais elevado e uma AT mais baixa.

Por sua vez, a falta ou a diminuição do apoio social pode levar a perturbações psicopatológicas no pós-parto (Figueiredo *et al.*, 2002; Figueiredo, 2001a, 2005b; Figueiredo *et al.*, 2006).

No próximo capítulo desenvolvem-se aspectos do puerpério e os quadros psicológicos associados, nomeadamente a disforia pós-parto, a DPP e a ansiedade.

1.2. O Puerpério e quadros psicológicos associados

1.2.1. Puerpério

O puerpério corresponde ao período de tempo que decorre desde a expulsão da placenta até que os órgãos reprodutores da mulher retomem as suas características anteriores à gravidez, com a duração, aproximada, de seis a oito semanas (Afonso, 2000).

É o tempo necessário para que o organismo da mulher recupere, tanto a nível biológico como psicológico, implicando o seu reajustamento emocional (Torre, 2001). Também pode constituir um desafio à sua saúde mental, pondo em prova as suas capacidades de organização e robustez psicológica (Mascoli, 1990).

A maior parte das gravidezes são perspectivadas como momentos felizes da vida do casal, que ascendem a uma valorizada parentalidade. Contudo, há situações em que as vivências são marcadas como acontecimentos de vida difíceis (Leal, 2005). Sabe-se que a gravidez, a maternidade e o parto são considerados eventos impulsionadores de stresse, directamente relacionados com modificações hormonais (Baptista *et al.*, 2006) e que no

decorso do pós-parto pode verificar-se um ‘trauma’ psicológico e físico decorrentes do próprio parto (Botelho, 2006).

Mascoli (1990) referiu que a situação psicológica da puérpera, após determinados partos, pode ser de confusão, ansiedade ou angústia de separação.

Em 1999, Carvalho, Murta e Monteiro reviram um conjunto de perturbações psíquicas habitualmente associadas ao ciclo genital da mulher, mais especificamente às síndromes puerperais, nomeadamente a disforia pós-parto, a DPP e a ansiedade puerperal (AP).

Mais tarde, em 2004, Boyd e Amsterdam, identificaram o puerpério como o período de tempo susceptível para o desenvolvimento de perturbações psicológicas na mulher, nomeadamente a disforia pós-parto e a DPP.

Embora a maternidade seja uma fase de êxtase emocional, muitas mulheres subestimam e desconhecem a possibilidade da ocorrência de uma perturbação psíquica nesta fase. Verifica-se, na puérpera, sentimentos de vergonha, baixa auto-estima e auto-conceito que, muitas vezes, não são partilhados com terceiros ou mesmo com os técnicos que as acompanham (Carvalho *et al.*, 1999). É comum, na sociedade, acreditar-se que a maternidade é uma das fases mais felizes da vida de uma mulher e, sendo assim, nesta linha de pensamento omite-se os verdadeiros sentimentos e vivências. Contudo, a gravidez, a maternidade e o parto são considerados eventos impulsionadores de stresse, directamente relacionados com modificações hormonais (Baptista *et al.*, 2006).

Todavia, conforme Figueiredo afirmou (2005a,b) e de acordo com a perspectiva da Psicologia da Gravidez e Parentalidade, considera-se esta fase um período de risco, na medida em que aumentam as emergências psicopatológicas, tais como a DPP e as perturbações da ansiedade.

O puerpério é, igualmente, um período de mudanças emocionais e físicas, que cada mulher vivencia de forma pessoal. É possível que as transformações que ocorram fomentem medos, dúvidas e angústias, capazes de desencadear perturbações psíquicas (Primo & Amorim, 2008) e sintomatologia psicopatológica (Matthey, Barnett, Ungerer & Waters, 2000).

O puerpério deve ser considerado como uma sequência na transição maturacional, com as respectivas alterações, consolidação da relação pais-filhos, etapa que justifica a presença de um certo grau de ansiedade (Rato, 1998). Nas mulheres em que não se verificaram as necessárias aquisições desenvolvimentais durante a gravidez, o parto e

puerpério podem tornar-se em momentos de elevada sensibilidade ao stresse (Figueiredo, 2005a), levando síndromes puerperais psicopatológicos (Parry, 1995).

Para Parry (1995) a psicopatologia puerperal encontra-se subestimada e subdiagnosticada, estando os sintomas depressivos, ansiosos e de humor, frequentemente associados a alterações orgânicas.

Num estudo de Friedman (1974), com 400 mulheres que se encontravam em trabalho de parto, pretendeu-se verificar a influência e o efeito negativo do stresse neste processo e no puerpério. As variáveis envolvidas foram a analgesia, motivação para parto eutócico, parto eutócico e parto instrumental. Percebeu-se que o nível de stresse aumentou com a diminuição da motivação, que a analgesia fez diminuir o stresse da mulher durante o TP, que nas diversas fases do TP, o stresse foi flutuante e, quanto maior a duração, mais o stresse.

Importa reter deste estudo que o stresse do TP pode ser transportado para o puerpério, revelando a puérpera menor disponibilidade para cuidar do recém-nascido.

Por norma, está definido em protocolo hospitalar que as puérperas têm alta entre as 36 e 72 horas após o parto⁷, consoante o desfecho obstétrico, respectivamente 36 horas para parto eutócico e ventosa obstétrica, 48 horas para fórceps e 72 horas cesariana. Nesta investigação especula-se que este período de tempo é fundamental para despistar eventuais perturbações psíquicas que possam condicionar o bem-estar emocional e psicológico da puérpera, evitando o seu ajustamento.

Observa-se, no puerpério e pós-parto, principalmente por condicionamento hormonal, que os primeiros seis meses são períodos susceptíveis de aparecimento de patologia psicopatológica (Carvalho *et al.*, 1999).

Para Afonso (2000), é no puerpério que surge um conjunto de dificuldades, que os profissionais que acompanham as puérperas, ocasionalmente, não estão atentos. Com a atenção dirigida ao recém-nascido, também a mulher renega e oculta, muitas vezes, os seus sentimentos. Num estudo com 32 puérperas, recrutadas numa maternidade pública da cidade de Lisboa, a autora perspectivou que as dificuldades sentidas encontravam-se associadas à fisiologia do puerpério, às dificuldades no cuidar do filho e aspectos psicossociais. As principais dificuldades psicossociais, observadas pela autora, foram a disforia pós-parto, fadiga, indisponibilidade para o auto-cuidado e dificuldades nas relações familiares. Verificou que cerca de 78% das mulheres manifestavam ansiedade e 56% irritabilidade.

⁷ Esta afirmação consta nos protocolos de actuação e refere-se, exclusivamente, ao Hospital onde a recolha de dados se efectuou. Consultar informação em www.hff.min-saude.pt.

Afonso (2000) concluiu que o apoio à mulher e à família, no puerpério, é fundamental para o reajustamento e equilíbrio pessoal e familiar.

Como tem sido referenciado ao longo desta investigação, a gravidez, o parto e o puerpério representam períodos de vulnerabilidade emocional, com grandes mudanças maturacionais, transformações do balanço hormonal, fadiga, desconforto físico e respectivas alterações psicológicas (Torre, 2001, p.21). Numa investigação qualitativa de Torre (200, p.59), com 11 primíparas, com idades compreendidas entre os 19 e os 30 anos analisou-se o bem-estar da puérpera e respectiva família. A investigadora observou a adaptação psicossocial das puérperas, nomeadamente fadiga, AP, disforia pós-parto, a vulnerabilidade emocional e suporte familiar com recurso a entrevistas. Verificou quais os cuidados prestados ao recém-nascido, a insegurança da puérpera enquanto mãe e o apoio de figuras securizantes, tais como o companheiro e a sua mãe.

Torre (2001, p.136) verificou que, durante a primeira semana do puerpério, existiam constrangimentos relacionados com alterações psicológicas tais como a ansiedade, disforia pós-parto, transição para a parentalidade, sendo o apoio da mãe da puérpera fundamental para superar essas dificuldades. Concluiu que neste período de tempo era fundamental a presença de um técnico que apoiasse a mulher e despistasse eventuais incómodos.

Em determinadas situações, o puerpério poderá ser perspectivado como uma etapa que desperta ansiedade, devido às fantasias que surgiram durante a gravidez (Rato, 1998).

Pitt (1985) agrupou três ideias que pudessem explicar a ocorrência de perturbações psicológicas no puerpério, que são:

- 1 – O nascimento de uma criança, associada a um conjunto de alterações hormonais e fisiológicas que ocorrem no pós-parto, desencadeia stress e algum desajustamento emocional.
- 2 – Há mulheres que apresentam maior predisposição para perturbações no puerpério, devido a história familiar, antecedentes psiquiátricos ou gravidez não desejada.
- 3 – O traço de personalidade está associado a algumas perturbações psicológicas.

Estas três ideias ilustram as principais perturbações psicológicas associadas ao puerpério, amplamente descritas na literatura.

1.2.2. Perturbações psicológicas no Puerpério

Tal como Sá (2004) descreveu, o estado emocional da mulher depende de uma multiplicidade de factores:

1. Mulher primípara ou múltipara;
2. História obstétrica anterior (sobretudo se já tiver havido uma experiência anterior de Diagnóstico Pré-Natal);
3. Relacionamento conjugal;
4. História das famílias de origem;
5. Diversos factores adjacentes (trabalho com mongolismo, familiares com deficiências diversas, ...);
6. Estrutura psicológica da grávida.

Os primeiros seis meses após o parto são bons indicadores da saúde mental da puérpera (Mascoli, 1990), representando o puerpério um período de maior vulnerabilidade psicológica (Tavares, 1990), sendo necessário a detecção e o tratamento do desajustamento e dos estados emocionais negativos (Miller *et al.*, 2006).

O papel do psicólogo é deveras importante no puerpério, sendo a sua actuação definida da seguinte forma:

“ A presença do Psicólogo na situação de internamento de uma grávida torna-se de extrema importância, sobretudo quando a mulher está fragilizada e não tem recursos internos suficientes para se confrontar e superar sozinha as suas ansiedades, receios e fantasias face ao momento vivido. Neste período é importante que a mulher seja ouvida e compreendida na sua realidade psíquica interna, baseada em angústias irracionais, medos, dúvidas e mitos sobre concepção, a gravidez e o parto.” (Cruz, 1990, p.369)

As perturbações psíquicas com maior representatividade na literatura⁸ são a disforia pós-parto, a DPP e AP, que seguidamente serão caracterizadas.

⁸ Embora a psicose puerperal também seja referenciada, este estudo tem como objectivo observar a ansiedade, a depressão e o stress. Resumidamente, a psicose puerperal é uma perturbação psiquiátrica que afecta uma a duas parturientes em 1000 (Rees, 1974; Parry, 1995; Carvalho *et al.*, 1999; Boyd & Amsterdam, 2004; ARHP, 2006; Thompson & Bukowski, 2007). O início da psicose é súbito e acontece no segundo ou terceiro dia após o parto. Esta situação pode prolongar-se vários meses e a sintomatologia é típica da perturbação bipolar mista ou maníaca, com sintomas psicóticos: labilidade emocional, despersonalização, confusão mental, desorientação, agitação, comportamento bizarro, alucinações, delírios e alterações graves do sono. Na puérpera, a este tipo de perturbação costumam estar associados pensamento de agressão ao bebé, o que justifica apoio psicológico e psiquiátrico (Rees, 1974; Parry, 1995; Carvalho *et al.*, 1999; Boyd & Amsterdam, 2004; ARHP, 2006; Thompson & Bukowski, 2007).

1.2.2.1. Disforia pós-parto

Amplamente designada na literatura por ‘postpartum blues’, ‘maternity blues’, ‘baby blues’ ou ‘postnatal blue’, a disforia que surge no período puerperal não é alvo de diagnóstico nos manuais de classificação de doenças mentais, embora seja a perturbação psíquica mais frequente no puerpério. Inicia-se, na maior parte das mulheres, nos dois ou três primeiros dias após o parto, sendo o seu apogeu entre o 5.º e o 7.º dia. Culmina, habitualmente, após 15 dias (Rees, 1974; Colman & Colman, 1994; Carvalho *et al.*, 1999; Boyd & Amsterdam, 2004; Association of Reproductive Health Professionals [ARHP], 2006). Estima-se, em conformidade com estudos de Thompson e Bukowski (2007), que ocorra aproximadamente em 50% das puérperas e que esteja relacionada com alterações hormonais do trabalho de parto. Contudo, numa investigação de Boyd e Amsterdam (2004), a prevalência de disforia pós-parto era de 85%. Para Parry (1995), a probabilidade de desenvolver disforia pós-parto nas primíparas é de uma em 500 e nas múltíparas uma em três mulheres.

De acordo com Pedinielli e Bernoussi (2006), a disforia pós-parto não é uma unidade patológica, mas um estado transitório. Várias investigações têm demonstrado que os principais sintomas da disforia pós-parto são labilidade emocional, fadiga, ansiedade, irritabilidade, insónias e outras perturbações sono, dores de cabeça, alterações do apetite, principalmente redução do apetite, diminuição da concentração, desinteresse pelo recém-nascido e pelo companheiro e perturbações da memória (Tavares, 1990; Millis & Kornblith, 1992; Pedinielli & Bernoussi, 2006; Somerset, Newport, Ragan & Stowe, 2006; ARHP, 2006; Thompson & Bukowski, 2007). Os autores também referem que os factores de risco para esta perturbação são acontecimentos de vida recentes, antecedentes pessoais ou familiares de perturbação do humor, sintomatologia depressiva na gravidez e perturbação disfórica pré-menstrual.

A disforia pós-parto não é sinónimo de depressão, contudo é um factor de risco para desencadeá-la (Tavares, 1990; Boyd & Amsterdam, 2004; Pedinielli & Bernoussi, 2006; Somerset *et al.*, 2006), visto que o blues ocorre em cerca de 50% a 80% das mulheres (Parry, 1995). Num estudo grego (Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas & Christodoulou, 2007) observou-se que a prevalência da disforia nas puérperas foi de 44,5% nos três dias seguintes ao parto, mostrando esta investigação que a existência de desajustamento emocional no puerpério. De seguida, descreve-se o quadro clínico DPP.

1.2.2.2. Depressão pós-parto

A DPP inicia-se, em 50% das situações, na 1.^a semana do puerpério e o seu diagnóstico é consolidado entre o 3.^o e o 9.^o mês (American Psychiatric Association [APA], 2006; ARHP, 2006). A prevalência de puérperas que sofrem de DPP, no 1.^o ano de vida, é de 25%, no ponto de vista de Thompson e Bukowski (2007) e de 10% a 15% de acordo com Boyd e Amsterdam (2004). Segundo Costa *et al.* (2007) a prevalência da DPP referenciada na literatura varia entre 6,5% e 27,5%, uma amplitude justificada pelas diversas metodologias de investigação utilizadas.

Pavone, Purinton e Petersen (2007) incluem o despiste da DPP, como um dos itens a avaliar no puerpério. Consideram que a puérpera deve ser observada por um especialista em saúde mental, para determinar aspectos psicossociais, bem-estar emocional, prescrição de anti-depressivos e encaminhamento para consulta de saúde mental.

De acordo com o DSM-IV-T/R (manual de diagnóstico e estatística), a DPP inicia-se nas quatro semanas seguintes ao parto (APA, 2006). Este tipo de perturbação poderá ser aplicado a um episódio depressivo *major*, maníaco ou misto, perturbação bipolar I e II ou perturbação psicótica breve. A sintomatologia é a mesma que os episódios de humor: decréscimo do interesse por actividades que causam interesse, humor depressivo, perda ou aumento de peso, diminuição da libido, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação motora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa excessiva, diminuição da capacidade de atenção ou pensamentos recorrentes acerca da morte (APA, 2006).

Embora não sejam específicos para esta perturbação, os sintomas também incluem flutuações do humor, labilidade e preocupação com o recém-nascido que pode variar entre preocupação excessiva e ideias delirantes. Há, igualmente, presença de ruminações ou pensamentos delirantes acerca do bebé, algumas vezes associadas a risco de agressão (APA, 2006).

Verifica-se, nas mulheres com episódios depressivos no pós-parto, algumas atitudes e comportamentos, nomeadamente, desinteresse face ao bebé, receio de estar só com recém-nascido e sentir uma intromissão excessiva, que a impede de repousar (APA, 2006). Os factores de risco para a presença de depressão durante o puerpério são história prévia de depressão, condições sociodemográficas desfavoráveis, circunstâncias adversas de vida durante e após a gravidez, baixos níveis de suporte social, problemas maritais, atitudes de ambivalência face à gravidez, antecedentes de aborto espontâneo, interrupção voluntária de

gravidez e elevada ansiedade (Figueiredo, 2005a; Pedinielli & Bernoussi, 2006; Thompson e Bukowski, 2007; Costa *et al.*, 2007). Acrescenta-se que estas circunstâncias poderão aumentar o risco de problemas para o bebé e levar a mãe a hábitos tabágicos e abuso de álcool (Sil & Wisner, 2009).

Numa investigação de Tavares (1990), a DPP foi caracterizada como um ‘abaixamento’ do humor, irritabilidade, sentimentos de vergonha, desespero ou incapacidade, sendo notórios sintomas típicos de depressão: perturbações do apetite e do sono, fadiga, perda de interesse e culpabilidade. Esta sintomatologia leva a queixas da puérpera, que se sente afectada pela dificuldade em cuidar do bebé, pelos seus choros e culpa que manifesta pela ausência de desejo em cuidar do recém-nascido.

Segundo Britton (2005), a depressão materna influencia, de forma negativa, a saúde e o desenvolvimento da criança, encontrando-se associada a alterações da relação mãe-bebé.

Na perspectiva de Carvalho *et al.* (1999), o diagnóstico desta situação é fundamental devido à necessidade de manter uma interacção mãe-bebé equilibrada.

O impacto da depressão materna no bebé é visível e vários estudos têm demonstrado essa situação. Figueiredo, Areias, Augusto, Calheiros e Figueiredo (1992) concluíram que a mãe deprimida está, emocionalmente, menos envolvida com o seu bebé, que é pouco sensível às suas necessidades, que exhibe muitas expressões faciais negativas, em detrimento das positivas, e que sujeita o bebé a uma menor estimulação. Costa *et al.* (2007) advertiram para a importância da experiência emocional do parto e do primeiro contacto com o bebé. Num estudo que realizaram para observar a prevalência e preditores de sintomatologia depressiva no pós-parto, notaram que cerca de 12% das mulheres encontrava-se clinicamente depressiva, estando envolvidas circunstâncias da gravidez, experiência emocional do parto e primeiro contacto com o bebé.

Recentemente, segundo investigações de Figueiredo (2005a), observa-se nas mães deprimidas, no período de internamento, alterações na díade. Para melhor desempenho psicológico da puérpera importa que exista, antes da alta hospitalar, avaliação da situação e encaminhamento para serviços especializados (Boyd & Amsterdam, 2004). Segundo Sit e Wisner (2009), mesmo com intervenção adequada a DPP pode persistir até sete meses após o parto. Outra perturbação que se poderá manifestar no pós-parto é a ansiedade, que seguidamente será descrita.

1.2.2.3. Perturbações da ansiedade no pós-parto/Ansiedade Puerperal

A ansiedade nas puérperas é um fenómeno comum e o puerpério parece ser um período de maior risco para o surgimento ou aumento de sintomas ansiosos (Faisal-Cury & Menezes, 2006; ARHP; 2006). Apesar de existirem poucos estudos que descrevam os efeitos da ansiedade na mulher após o parto, a sua prevalência é de 5% a 20% das mulheres, sendo mais usual em primíparas (Baptista *et al.*, 2006; ARHP, 2006). Muitas vezes é subestimada pelos técnicos de saúde mental, sendo a mulher diagnosticada com uma perturbação pós-parto, levando a um agravamento dos sintomas ansiosos (Miller *et al.*, 2006). A sintomatologia mais comum está relacionada com ataques de pânico, agorafobia, medo de ficar sozinha com a criança ou hipocondria relativa ao bebé. Até o stress que envolve o acolhimento e responsabilidade de um recém-nascido poderão precipitar características ansiosas (Carvalho *et al.*, 1999).

Britton (2005) realizou um estudo sobre influência da AP no recém-nascido. Com uma amostra de 422 mulheres avaliou níveis de ansiedade, com recurso à STAI (Spielberg, 1970). Cerca de 24% das puérperas demonstraram possuir ansiedade. As puérperas primíparas, solteiras e com fraco suporte social apresentaram índices superiores de ansiedade total. Britton (2005) concluiu que as mulheres ansiosas tendem a não identificar os cuidados básicos que os recém-nascidos necessitam.

Segundo Costa (2006), a ansiedade é um estado emocional complexo, multidimensional, traduzindo-se num conjunto de respostas fisiológicas, cognitivas, comportamentais e subjectivas que, em contextos desestruturados se torna inibidora, tornando o sujeito mais vulnerável. Há evidências empíricas que a AP tem um efeito negativo no vínculo mãe-bebé (Faisal-Curry & Menezes, 2006).

Miller et al (2006) realizaram uma investigação transversal e analisaram a ansiedade e a sua comorbilidade com a DPP em 325 puérperas primíparas australianas. O estudo teve como objectivo avaliar a prevalência de estados emocionais negativos após o parto. Recorrendo à DASS (Lovibond & Lovibond, 1995) e EPDS⁹ (Cox, 1987) identificaram 19% de primíparas com depressão e 10% apresentaram sintomas ansiosos e stressantes, embora sem depressão. Em relação à ansiedade, a percentagem foi de 13%. A prevalência de comorbilidade entre ansiedade e depressão era de 7%. Também verificaram que sobressaía, nas puérperas, um factor comum, o distress, nas puérperas que não apresentavam depressão e

⁹ Cox, J., Holden, F. & Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburg Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

stresse. No total, estimaram que cerca de 29% das puérperas primíparas demonstravam ou sintomas depressivos ou ansiedade ou sensibilidade ao stresse. Os autores concluíram que é de elevada importância distinguir depressão de ansiedade, de forma a poder encaminhar a puérpera para um atendimento adequado, que a DASS, em conjunto com outras medidas, se revelou um instrumento adequado para se proceder a esta diferença e que os estados negativos das puérperas influenciam a relação mãe-bebé.

Num estudo brasileiro de coorte transversal com 299 puérperas, realizado numa Maternidade privada, Faisal-Cury e Menezes (2006) avaliaram níveis de AP com recurso à STAI e a um questionário com dados sociodemográficos. Verificaram elevada prevalência de AP, denotando a AE e AT 44,8% e 46,1% respectivamente. Neste grupo de puérperas, os autores especularam que uma pontuação elevada poderia ser explicada pelos problemas dos filhos à nascença, situações socioeconómicas fragilizadas, pouca experiência com bebés e perturbação da ansiedade não diagnosticada. Observaram, igualmente, níveis elevados de AT nas mulheres entre os 20 aos 29 anos. Concluíram que um elevado nível socioeconómico e idade materna superior a 30 anos diminuem o risco de AP, ao passo que interferências com o recém-nascido e maior número de filhos vivos aumentam o risco de ansiedade e que a AP é um factor de risco para a DPP (Faisal-Cury & Menezes, 2006).

Numa investigação de Rato (1998), relativa a ansiedade perinatal, pretendeu-se analisar a ansiedade no puerpério em mulheres com gravidez de risco e com antecedentes de morte fetal e mulheres primíparas com gravidez normal. Cada grupo foi avaliado com uma escala de ansiedade perinatal¹⁰. A autora concluiu que existia maior ansiedade no grupo com gravidez normal, devido ao facto de serem mães pela primeira vez e nunca terem parido e verificou que, no puerpério havia maior ansiedade no grupo de risco devido a antecedentes de morte fetal.

Em suma, os estudos apontam que o puerpério é um período de risco psicológico para a mulher, na medida em que aumenta o seu nível de ansiedade (Pit, 1985; Mascoli, 1990; Teixeira & Leal, 1995; Rato, 1998; Wenzel, Haugen, Jackson & Brendle, 2005; Miller *et al.*, 2006; Faisal-Curry & Menezes, 2006; Baptista *et al.*, 2006; Dipietro, Costigan & Sipsma, 2007; Conde & Figueiredo, 2007; Gonidakis *et al.*, 2007; Moura-Ramos & Canavarro, 2007; Reck *et al.* 2008; Bussel, Spitz & Demyttenaere, 2009; Aktan, 2010).

¹⁰ A medida utilizada pela autora foi a *Perinatal Anxieties and Attitudes Scale* (Field, 1981), que avalia a ansiedade referente às diferentes fases do período periparto, em conjunto com uma entrevista semi-directiva (Rato, 1998)

No próximo capítulo analisam-se as variáveis envolvidas na investigação e os modelos teóricos relacionados, assim como sintomas descritos nos manuais de classificação de perturbações mentais.

1.3 Ansiedade-traço e estado, sintomas depressivos e sensibilidade ao Stresse

Os construtos da investigação são a ansiedade, a depressão e o stresse, que serão estudados e descritos consoante referências bibliográficas e estudos publicados em revistas científicas, tanto nacionais como internacionais. Para todos os construtos faz-se uma breve descrição, depois abordam-se os principais modelos teóricos e termina-se com os sinais e sintomas.

1.3.1. Ansiedade

A ansiedade é um estado emocional que apresenta componentes psicológicos e fisiológicos. Faz parte da experiência humana. É responsável pela adaptação do organismo a situações de perigo. Constitui uma condição que pode ocorrer a qualquer sujeito (Primo & Amorim, 2008). Para Carvalho, Baptista e Lory (2005) é um estado emocional aversivo, sem estímulos desencadeantes externos e que não pode ser evitado.

A fenomenologia da ansiedade é variável, podendo alternar ao longo do tempo, tendo em consideração os episódios impulsionadores (Baptista *et al.*, 2005). Os principais sintomas podem incluir, por um lado, a tristeza, a vergonha, a culpa e, por outro, a cólera, a curiosidade, o interesse ou a excitação (Baptista *et al.*, 2005).

A ansiedade é motivadora e parece ser um aspecto inevitável da condição humana, tratando-se de uma emoção negativa e perturbadora (Strongman, 1998). Caracteriza-se tanto pela sensação pessoal e subjectiva de ameaça, como por uma inquietação ou apreensão (Gouveia, 2000).

Existem vários modelos teóricos para explicar a ansiedade. Neste enquadramento aborda-se, em primeiro lugar, o modelo da ansiedade traço/estado de Spielberg (1984¹¹; 1994¹²), que se encontra subjacente ao instrumento de avaliação utilizado nesta investigação e

¹¹ Spielber, C.& Sydeman, S. (1984). State-trait Anxiety Inventory and Sate-trait Anger Expression. In M. Maruish (ed.), *The use of psychological testes for treatment planning and outcome assessmet* (pp. 292-321). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

¹² Spielber, C.& Sydeman, S. (1994). State-trait Anxiety Inventory and Sate-trait Anger Expression. In M. Maruish (ed.), *The use of psychological testes for treatment planning and outcome assessmet* (pp. 292-321). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

às relações que se desejam estudar na amostra em estudo. Também se descrevem os modelos integrados¹³ de Izard (1977) e Lang (1978, 1979, 1984, 1985) e descrevem-se os sinais e sintomas descritos na Ansiedade.

1.3.1.1. Modelo da Ansiedade Traço/Estado de Spielberg

O modelo da AT e AE assenta na concepção metodológica de ansiedade proposta Cattell e Scheier, em 1961, embora tenha sido desenvolvido, mais tarde, a partir de 1966, por Spielberg (Silva, 2006; Telles-Correia & Barbosa, 2009). Em conjunto com Gorsuch e Lushene, Spielberg elaborou um instrumento de avaliação para avaliar a ansiedade traço e estado, a STAI (Barlow, 2002).

Segundo Silva (2006), os investigadores Cattell e Scheier foram pioneiros na aplicação de técnicas e medidas de relato pessoal para avaliação da ansiedade, com recurso a análise factorial. Das investigações que efectuaram, perceberam que emergiam repetidamente dois construtos: o estado e o traço. Estes, facilmente, provaram a sua eficácia, sobressaindo uma teoria, que explicava a ansiedade estado como uma situação provisória, que envolvia sentimentos desagradáveis de tensão e pensamentos apreensivos (Biaggio, 1999). A AE seria uma reacção episódica ou situacional, ou seja um estado emocional transitório (Barlow, 2002; Baptista *et al.*, 2005).

A AT constitui-se como uma estrutura relativamente estável e permanente no sujeito (Caci, Baylé, Dossios, Robert & Boyer, 2003; Telles-Correia & Barbosa, 2009), ou seja, um modo habitual e consistente de reacção do sujeito (Baptista *et al.*, 2005).

Conforme Spielberg definiu, o estado de ansiedade poderia ser observado como um corte transversal temporal na corrente emocional da vida, passando o sujeito a manifestar sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação com activação do sistema autónomo. O traço de ansiedade seria uma diferença individual, relativamente estável quanto à propensão para a manifestação da ansiedade (Silva, 2006).

Para Spielberg, o traço é uma característica de personalidade (Barlow, 2002), relativamente estável, precocemente presente no sujeito e, em última instância, existente na organização biológica do ser humano (Frasquilho, 2009). De acordo com Botelho (2006), os

¹³ Nos modelos integrados, as emoções constituem aspectos únicos da experiência pessoal de cada ser humano. As emoções reflectem padrões primitivos e 'irracionais' de comportamento e estão associadas a funções cerebrais subcorticais; estes padrões comportamentais podem ocorrer sem que o sujeito tenha consciência (Barlow, 2002).

traços facultam explicações do comportamento humano e reflectem diferenças reais, sendo legítimos do ponto de vista empírico e conceptual.

Ao definir-se o traço e o estado, consegue compreender-se o processo de ansiedade, nomeadamente a percepção do sujeito perante o stresse e a ameaça. Tal como foi previamente referido, Spielberger utilizou os conceitos traço e estado para conceptualizar um modelo teórico. O Modelo da Ansiedade Traço/Estado pretende explicar a relação que existe entre os factores internos e externos indutores de stresse; ambiciona especificar as características das condições stressantes que evocam níveis diferentes de stresse; por último espera realizar uma avaliação cognitiva do estado e traço de ansiedade (Barlow, 2002; Silva, 2006; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Para Silva (2006), este modelo como proporciona uma análise transversal da ansiedade como um processo psicobiológico. Deste modo, quando uma situação indutora de stresse é sinalizada, pelo indivíduo como perigosa ou ameaçadora, verifica-se a evocação de uma reacção de estado de ansiedade, com uma intensidade proporcional à dimensão da ameaça que o episódio representa.

As circunstâncias de stresse, que o sujeito se depara, poderão exigir que se desenvolvam respostas de confrontação eficazes. O traço contribui para a avaliação da sensação de perigo, percebida pelo sujeito. Por norma, as pessoas com um traço de ansiedade mais elevado são mais vulneráveis a acontecimentos stressores exteriores (Silva, 2006).

Em jeito de síntese, Silva (2006) referiu que, quando níveis de estado de ansiedade mais elevados são experimentados como desagradáveis ou dolorosos, inicia-se uma sequência de comportamentos que se destinam a evitar ou minimizar o perigo.

Segundo Barlow (2002), por um lado, as noções de traço e estado têm demonstrado eficácia, na medida em que permitem uma maior compreensão da intensidade e frequência da ansiedade; por outro lado, realça que se continua a desconhecer as diferenças individuais referentes ao traço.

1.3.1.2. Modelo integrativo de Izard

Os modelos integrativos pressupõem que o funcionamento humano baseia-se em vários aspectos, tais como factores neurobiológicos, comportamentais ou cognitivos. Nesta linha de pensamento, as emoções são conceptualizadas como tendências fundamentais de acção, cujo propósito é motivar o comportamento relacionado com a sobrevivência da espécie

(Barlow, 2002). De uma forma sintética, percebe-se que a teoria integrativa de Izard realça um modelo multisistemático que activa emoções e que defende que os seres humanos expressam-se de várias formas. Em conjunto com os processos neuronais, os esquemas cognitivos e as expressões emocionais, Izard especifica os sistemas motivacionais na activação das emoções (Barlow, 2002).

Em suma, Izard afirma que os subsistemas supramencionados encontram-se hierarquizados e que existe um conjunto de traços individuais que produzem experiências emocionais (Barlow, 2002).

1.3.1.3. Teoria das emoções de Lang

A teoria integrativa das emoções e ansiedade de Peter Lang (1978, 1979, 1984, 1985) é considerada uma das mais complexas, uma vez que relaciona aspectos emocionais com a memória e com o processamento de informação (Barlow, 2002).

O modelo de Lang contribuiu para a formalização de conhecimentos que procuraram estabelecer relações entre diversos tipos de informação envolvidas nas experiências mais complexas do ser humano.

Para Lang, as emoções estão relacionadas com comportamentos que ocorrem em contextos específicos. O autor reconhece que toda a expressão emocional apresenta várias dimensões, tais como a excitação e o controlo (Barlow, 2002).

Este modelo possibilita diferenciar as redes emocionais de outras estruturas cerebrais relacionadas com o conhecimento. Estas redes encontram-se directamente ligadas aos sistemas motivacionais primários cerebrais, cuja função é a activação de comportamentos básicos para a sobrevivência (Barlow, 2002).

Lang postula que a estrutura motivacional da emoção pode ser dividida em sistemas de apetência e defensivos¹⁴. De um ponto de vista pragmático, as emoções desagradáveis associam-se a um robusto sistema defensivo que irá proteger o indivíduo da ameaça (Barlow, 2002).

Deste modo, uma emoção como a ansiedade está envolvida por um circuito de defesa motivacional, que se encontra dependente do meio-ambiente. Este circuito inclui a resposta hipervigilante e a acção defensiva de um contexto de ataque.

¹⁴ Os sistemas de apetência encontram-se associados a emoções agradáveis e os sistemas defensivos a desagradáveis (Barlow, 2002).

Resumidamente, compreende-se que no modelo de Lang, o medo e a ansiedade são comportamentos programados que existem na memória do sujeito, sendo partes integrais de um sistema de defesa motivacional (Barlow, 2002). O modelo de Lang contribuiu para a formalização de conhecimentos que procuraram estabelecer relações entre diversos tipos de informação que estão envolvidos nas experiências mais complexas do ser humano. Transversais a todos os modelos são os sintomas da perturbação depressiva, que seguidamente serão abordados, conforme os manuais de classificação DSM e CID.

1.3.1.4. Sintomatologia e diagnóstico diferencial da Ansiedade

A ansiedade encontra-se classificada no DSM-IV-T/R, agrupando um conjunto de perturbações¹⁵ (APA, 2006, p.429). A perturbação de ansiedade generalizada apresenta duas características essenciais, que são a ansiedade e a preocupação constante e exagerada, acerca de um conjunto de acontecimentos que ocorrem há, pelo menos, seis meses (APA, 2006). As preocupações são de difícil controlo e interferem no quotidiano do sujeito (Baptista, Pereira, Carvalho, Lory & Santos, 2001). Segundo a APA (2006) o sujeito deverá apresentar, além de preocupação e ansiedade, três ou mais dos seguintes sintomas:

1. Agitação, nervosismo ou tensão interior;
2. Fadiga fácil;
3. Dificuldades de concentração ou mente vazia;
4. Irritabilidade;
5. Tensão muscular;
6. Perturbações do sono, manifestando dificuldades em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono agitado ou pouco satisfatório).

Na perturbação da ansiedade generalizada os sujeitos nem sempre classificam as suas preocupações como excessivas, embora possam descrever um mal-estar subjectivo devido a um constante desassossego, assim como apresentam dificuldade em controlar as suas inquietações e podem evidenciar deficiências no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes (APA, 2006).

¹⁵ As perturbações descritas são: perturbação de pânico sem e com agorafobia, agorafobia, fobia específica, fobia social, perturbação obsessiva-compulsiva, perturbação de pós-stresse traumático, perturbação aguda de stresse, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação generalizada a um estado físico geral, perturbação da ansiedade induzida por substâncias e perturbação da ansiedade sem outra especificação (APA, 2006).

Os sintomas da ansiedade também não são provocados pelos efeitos fisiológicos de uma substância tóxica ou de estado físico geral e não ocorrem exclusivamente durante uma perturbação do humor (APA, 2006).

A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação são desproporcionadas em relação ao impacto ou probabilidade do acontecimento. Há uma apreensão constante em relação às rotinas diárias, aspectos financeiros, saúde, complicações e eventuais problemas (APA, 2006).

É característico da perturbação da ansiedade existir sintomas somáticos e uma resposta de alarme exacerbada (APA, 2006).

Embora os estudos demonstrem que esta perturbação surge na infância, também pode aparecer após os 20 anos, sendo a sua evolução crónica e com tendência a piorar após exposição a episódio potenciador de stresse (APA, 2006).

Muitos sujeitos adultos, desconhecendo que possuem uma perturbação da ansiedade generalizada, têm-se descrito como nervosos (APA, 2006). Trata-se de uma perturbação com maior incidência na população feminina e em culturas ocidentais, que afecta o sujeito de forma significativa, manifestando constantemente preocupação e inquietação (APA, 2006).

Na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças), a ansiedade generalizada – *F41.1* – está agrupada nas perturbações neuróticas, somatoformes e relacionadas com stresse e possui o seguinte código *F40-F48* (WHO, 1992).

Segundo a CID-10 (WHO, 1992) os sintomas, mais dominantes, incluem:

1. Estado '*nervoso*' constante;
2. Tensão muscular;
3. Palpitação;
4. Suores e transpiração;
5. Tremores,
6. Desconforto gástrico
7. Vertigens.

Em suma, a ansiedade consiste numa perturbação mental que afecta o quotidiano do sujeito e que se manifesta de diversos modos (WHO, 1992).

Conclui-se, pois, pela revisão da literatura, que a ansiedade é um estado emocional que pode condicionar o funcionamento diário, que apresenta um conjunto de sinais e sintomas variados, observando-se uma preocupação excessiva em relação a rotinas (WHO, 1992; APA, 2006).

No próximo capítulo aborda-se o construto depressão, os modelos teóricos relacionados, bem como os sinais, os sintomas e a prevalência da perturbação depressiva.

1.3.2. Depressão

A depressão é uma perturbação emocional, constituindo um problema de saúde pública, na medida em está correlacionada com taxas elevadas de suicídio e que afecta seriamente o funcionamento psicossocial do sujeito (Somerset *et al.*, 2006). Estima-se que cerca de 100 milhões de pessoas no mundo sofram de perturbações depressivas (WHO, 2010).

Tal como foi referido na ansiedade, não se pretende descrever exaustivamente os modelos teóricos que explicam a depressão. Para enquadrar os sintomas depressivos, as distorções cognitivas e as crenças manifestadas pelas participantes, a teoria dos estados emocionais de Beck, é a que mais se adequa ao estudo.

1.3.2.1. Modelo cognitivo dos estados emocionais de Beck

Este modelo cognitivo está empiricamente validado pois possui estudos naturais e experimentais, assim como observações clínicas que documentam o modelo e a correlação entre a tríade cognitiva e a depressão (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Relaciona os sinais e sintomas da perturbação depressiva com consequências de activação de padrões cognitivos negativos. Mas também pode explicar algumas das manifestações físicas. Oferece, igualmente, uma explicação sobre a predisposição para a perturbação depressiva do humor (Beck *et al.*, 1997).

A teoria postula que existe, a nível emocional, uma invasão de processos cognitivos que afectam gravemente o sujeito, sobretudo a tristeza e os pensamentos conscientes nas próprias emoções (Wolpert, 2000).

A terapia cognitiva funda-se numa abordagem estruturada, directiva, activa, possuindo um prazo limitado, sendo utilizada para tratar um conjunto de perturbações psiquiátricas (Beck *et. al.*, 1997).

Beck *et. al.* (1997) mencionaram que o modelo cognitivo da depressão evoluiu a partir de observações clínicas e experiências aos vários doentes que por eles foram acompanhados. O modelo cognitivo postula a existência de três conceitos fundamentais, que explicam a depressão: tríade cognitiva, esquemas e distorções cognitivas.

A tríade cognitiva¹⁶ consiste numa perspectiva disfuncional do sujeito. Para a pessoa deprimida, o mundo interno é caótico, revelando o mundo externo obstáculos insuperáveis, ocorrendo a convicção de que a depressão persistirá para sempre e não existe esperanças no futuro. Prevê que, quando as pessoas se vêem a si próprias, ao mundo e ao futuro de forma negativa, tornar-se-ão desapontadas, tristes e sem esperança (Beck *et al.*, 1997).

Outro conceito inerente ao modelo cognitivo é a noção de esquemas/crenças centrais. São utilizados para explicar o porque do paciente manter atitudes indutoras de sofrimento, apesar de existirem evidências positivas. Propôs-se o termo esquemas/crenças centrais para descrever os padrões de pensamento que sustentam as atitudes opostas aos objectivos visados. Verificou-se que as suposições das pessoas deprimidas são disfuncionais, pois são rígidas e muitas vezes não correspondem à realidade. O sujeito possui distorções cognitivas, pois retira conclusões negativas, sem qualquer evidência baseada na realidade (Beck *et al.*, 1997).

Os esquemas são padrões cognitivos estáveis, que são activadas por situações congruentes com essas crenças e que modelam o estilo de pensamento de um indivíduo, promovendo erros ou distorções cognitivas. São adquiridos precocemente, actuando como ‘filtros’, pelos quais as informações e experiências são processadas (Beck *et al.*, 1997).

O esquema é a base para modelar a cognição, servindo para extrair, diferenciar e codificar os estímulos, pelos quais os indivíduos são confrontados. Sabe-se que o sujeito classifica e avalia as situações através de um conjunto de esquemas e que o tipo de esquema pode determinar a sua experiência (Beck *et al.*, 1997).

Por último, no modelo cognitivo existe a noção de erros cognitivos/distorções de pensamento. Os esquemas, uma vez activados por certos acontecimentos de vida, dão origem a distorções sistemáticas no processamento da informação.

Beck *et al.* (1997) identificaram um conjunto de distorções que frequentemente, os sujeitos deprimidos apresentam:

1. *Inferência arbitrária* – trata-se de uma conclusão sem evidência para a apoiar ou, uma evidência contrária à conclusão;

¹⁶ A tríade é constituída por três componentes distintas: o primeiro componente da tríade está relacionado com a visão negativa que o sujeito tem de si próprio, tendendo a subestimar-se ou criticar-se; o segundo componente consiste na tendência, que a pessoa revela, em relacionar as suas experiências actuais com situações, igualmente, negativas. Há uma interpretação distorcida do meio ambiente que o rodeia. O terceiro componente prende-se com a visão negativa do futuro. É usual verificar-se, nos sujeitos deprimidos, projecções a longo prazo imbuídas de sofrimento e desalento; também acreditam que vão fracassar em todas as áreas da sua vida (Beck *et al.*, 1997).

2. Abstracção selectiva – detalhe retirado do contexto, ignorando as características mais importantes da situação e ampliar toda a experiência com base nesse contexto;
3. *Hipergeneralização* – conclusão baseada num episódio isolado, generalizando-a indiscriminadamente a situações relacionadas e não relacionadas;
4. *Magnificação e minimização* – erros na avaliação de um evento, que se reflectem na distorção da importância ou amplitude de um acontecimento;
5. *Personalização* – tendência para relacionar eventos externos, embora sem suporte para estabelecer tais conexões;
6. *Pensamento dicotómico absolutista* – propensão para atribuir a todas as experiências uma categoria oposta, sendo comum o sujeito seleccionar visões mais negativas.

Nesta teoria percebe-se os pensamentos conscientes do sujeito, como sendo elementos fundamentais para a compreensão da depressão. Estes afectam tanto os estados emocionais, como o comportamento.

Os pensamentos automáticos, característicos da teoria cognitiva dos estados emocionais, surgem repentinamente e invadem negativamente o estado emocional do sujeito.

Um processo psicológico básico envolvido nesta terapia é a memória. Para Beck *et al.* (1997) a memória desempenha um papel relevante na depressão, existindo recordações de acontecimentos negativos. A memória de alguns aspectos do passado pode ser expressa, sem que a pessoa tenha consciência de estar a recordar-se. As emoções e os pensamentos estão associados na memória e, quando algum acontecimento activa um humor os episódios associados podem tornar-se acessíveis.

De acordo com Beck *et al.* (1997), a terapia cognitiva tem como objectivo ajudar o paciente a compreender a depressão e saber como lidar com ela. O objectivo do terapeuta é ajuda-lo a desvendar distorções cognitivas do pensamento, adquirindo formas alternativas e realistas para lidar com a perturbação mental. Também consiste em remodelar as crenças erróneas da pessoa e em induzir o sujeito a utilizar técnicas de resolução de problemas, na vida quotidiana. De imediato, descrevem os sintomas incorporados nos manuais de classificação de perturbações mentais.

1.3.2.2. Sintomatologia e diagnóstico diferencial da Depressão

O DSM-IV-T/R enquadra a depressão como uma perturbação do humor, sendo as características principais de diagnóstico um período de duas semanas, no qual predominam a perda de interesse em quase todas as actividades e humor depressivo (APA, 2002). A pessoa também deverá manifestar alguns dos seguintes sintomas:

1. Humor depressivo, na maior parte do dia, quase todos os dias, referenciados pelo próprio ou por outras pessoas;
2. Diminuição do interesse ou prazer em quase todas as actividades, referenciados pelo próprio ou por outras pessoas;
3. Perda de peso (quando não se encontra em fase de dieta) ou aumento de peso, considerando-se em ambos, situações significativas; também poderá existir diminuição ou aumento do apetite;
4. Insónia ou hipersónia, em quase todos os dias;
5. Agitação ou lentificação psicomotora, confirmada tanto pelos outros, como pelo próprio;
6. Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias;
7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva/inapropriada (algumas vezes delirante) quase todos os dias;
8. Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, quase todos os dias, observada tanto pelo sujeito, como pelos outros;
9. Pensamentos recorrentes sobre a morte, ideação suicida recorrente sem planos específicos, tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

A APA (2006) estabeleceu como critério de diagnóstico de Episódio Depressivo Major apenas os previamente referidos. No entanto, importa perceber se se trata de um Episódio misto.

Para se diagnosticar um Episódio Depressivo Major importa o sujeito manifestar mal-estar clinicamente significativo ou deficiências no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área relevante. Os sintomas não podem ser causados por efeitos fisiológicos directos de uma substância de abuso ou de um estado físico geral, como por exemplo o hipotireoidismo (APA, 2006).

Em relação à etiologia da perturbação, verifica-se que a cultura também influencia a experiência e a descrição dos sintomas da depressão; as condições culturais e étnicas, eventualmente, diminuirão os riscos de erros de diagnóstico. Deste modo, torna-se imperativo

que o clínico conheça aspectos culturais, para conseguir diferencia-los dos verdadeiros sintomas (Wolpert, 2000).

Os sintomas nucleares são os mesmos para crianças e adolescentes, embora existam estudos que refiram que alteram (APA, 2006).

Em relação à prevalência na população, observa-se que o sexo feminino apresenta maior risco clínico, comparativamente aos homens, principalmente na Europa e Estados Unidos da América (APA, 2006).

Em relação ao diagnóstico diferencial, o Episódio Depressivo Major deverá ser distinguido de Perturbação do Humor Secundária a um estado físico geral, se for considerado consequência fisiológica directa de um estado físico específico. A Perturbação do Humor induzida por substâncias tóxicas difere de Humor Depressivo, na medida em que o sujeito consome substâncias ilícitas. Também se verifica nos idosos confusões entre a Perturbação do Humor e um estado demencial, visto existir elevada co-morbilidade de sintomas (APA, 2006).

Relativamente aos sintomas distractibilidade e baixa tolerância à frustração, que ocorrem simultaneamente na Perturbação Hiperactiva com défice de atenção e Episódio Depressivo Major, se se preencherem os critérios para as duas perturbações, poderão ser diagnosticadas em conjunto. Um Episódio Depressivo Major, que ocorra em resposta a um acontecimento psicossocial, distingue-se da Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo. Em última análise, o diagnóstico de Perturbação Depressiva sem outra especificação, poderá ser apropriado para os quadros clínicos com humor depressivo e com deficiência clinicamente significativa, que não preencham os critérios de duração ou intensidade (APA, 2006).

Na CID-10, a depressão - *F32* - está agrupada nas perturbações do humor - *F30-F39*, podendo manifestar-se de forma ligeira, moderada ou severa (WHO, 1992)

De acordo com a CID-10 (WHO, 1992), o sujeito deprimido revela desinteresse, fadiga e diminuição das actividades e manifesta alguns dos seguintes sintomas:

1. Diminuição da atenção e concentração;
2. Auto-estima e auto-conceito diminuídos;
3. Sentimentos de culpa e de menos valia;
4. Visão pessimista em relação ao futuro;
5. Ideação suicida ou tentativa de suicídio;
6. Perturbação do sono;
7. Diminuição do apetite.

A intensidade dos sintomas varia consoante as circunstâncias e adversidades diárias, não sendo iguais para todos os sujeitos. Nalgumas situações também há episódios de ansiedade, stresse, sintomas somáticos e agitação psicomotora. Todavia, para perturbações depressivas ligeiras, moderadas ou severas é necessário que os sintomas se manifestem, pelo menos, durante duas semanas consecutivas (WHO-10, 1992).

Para se determinar se se trata de uma perturbação depressiva ligeira, moderada ou severa implica que o profissional avalie e analise os sintomas, tanto pela sua quantidade, bem como pelo grau de intensidade (WHO, 1992). O próximo construto a analisar é o stresse.

1.3.3. Stresse

A palavra *stresse* foi conceptualizada por Selye, considerando que se tratava de uma reacção universal que ocorria sempre que o sujeito percepcionava um acontecimento como ameaçador (Frasquilho, 2009).

Segundo Vaz Serra (2005), no quotidiano diário, os seres humanos envolvem-se em várias actividades, não demonstrando dificuldades em se desenvencilhar. Tal capacidade está relacionada com as oportunidades de aprender, ao longo da vida, um conjunto de respostas adequadas às diversas situações. São respostas treinadas e automatizadas, que permitem ao sujeito lidar com situações quotidianas sem grandes dificuldades.

Para Santos e Castro (1998), o stresse poderá ser uma condição que resulta das interacções entre o sujeito e o meio que o rodeia, levando-o a compreender a discrepância entre as exigências de uma determinada situação e os seus recursos ao nível biológico, psicológico e social.

Apesar de existirem diversas definições para este construto, em 1995, numa reunião de peritos nacionais, alcançou-se a seguinte:

“É o processo de interacção humana consciente (voluntária) e fisiológica (involuntária), em que a primeira é preponderante, numa situação de sujeição a estímulos exigentes. Diz respeito a tudo aquilo que sucede em termos psicobiológicos e comportamentais desde que a pessoa interage com um estímulo que clama por adaptações (Frasquilho, 2009, p.65)”

O stresse é um conceito transaccional, que congrega a situação, as respostas humanas, a vivência da situação e integra a relação entre o biológico e o social. Trata-se de uma construção mental, que representa a relação do sujeito com as circunstâncias do seu quotidiano diário (Frasquilho, 2009). A resposta de stresse é uma reacção global do organismo a um agente stressor. É natural o sujeito possuir um nível de stresse moderado, que esteja em equilíbrio com as exigências do seu dia-a-dia. Denomina-se por ‘eustress’ o período

de vitalidade, vigor físico, produtividade e lucidez do sujeito, tratando-se de um stress construtivo; num sentido oposto, o ‘distress’ consiste na fadiga, irritabilidade, pessimismo, pouca concentração e incapacidade de decidir, culminando na exaustão, consistindo num stress destrutivo (Lazarus, 1999; Martins, 2004; Frasquilho, 2009). De um modo geral, é possível verificar que o eustresse é positivo e pode ser um factor de protecção para a saúde, enquanto o distresse é perigoso para o sujeito e nocivo ao organismo (Lazarus, 1999).

Em 2006, Eriksen e Ursin¹⁷ (Vaz Serra, 2007) referiram que o stress deveria ser considerado como uma resposta necessária e adaptativa, tanto que se observa em todas as espécies que possuem córtice, nas diversas apresentações culturais, em todas as faixas etárias e em ambos os géneros.

Para Rahe (1995) os acontecimentos de vida diária estão associados a situações potenciadoras de stress, sendo conotações positivas e negativas em que o ser humano se envolve.

Como Vaz Serra afirma (2007), se o stress não fosse adaptativo e necessário, não teria sobrevivido ao teste da evolução que o faz perdurar no tempo, ao longo de múltiplas gerações. Contudo, o stress também pode apresentar repercussões consideráveis no sujeito, tanto a nível físico como psicológico, contribuindo para deteriorar a sua qualidade de vida, e, quando é intenso e prolongado no tempo, pode desencadear consequências nefastas que poderão lesar o bem-estar e a saúde. Em última análise, importa referir que, embora o stress possa estar na origem de várias patologias, só por si, não se pode considerar uma doença (Vaz Serra, 2007).

Vaz Serra (2005) reconhece que cada sujeito reage à sua maneira a episódios de stress, existindo sujeitos que apresentam maior vulnerabilidade a nível biológico, outros a nível psicológico, associada à personalidade ou a factores sociais.

Para Watson e Clark (1991) e Lovibond e Lovibond (1995) o stress é encarado como um estado emocional negativo, que envolve hiperagitação crónica e que compromete certas funções do sujeito.

Na Recent Life Changes de Holmes e Rahe¹⁸ (Kaplan & Sadock, 1995, p.1549; Lazarus, 1999; Fonseca, 2005; Botelho, 2006, p.53; Vaz-Serra, 2007) inventariam-se os

¹⁷ Eriksen, H. & Ursin, H. (2006). Stress – It is all in the brain. In: B.B. Arnetz & R. Ekman (Eds.), *Stress in health and disease* (pp. 26-68). Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.

¹⁸ As investigações de Holmes e Rahe (1967, citados por Vaz Serra, 2007) demonstraram que havia acontecimentos que tinham maior probabilidade de induzir stress e que afectam seriamente o estado de saúde dos sujeitos. Os trabalhos destes autores levaram a que outros investigadores passassem a estudar o stress não

acontecimentos geradores de stress, ocupando a morte do cônjuge a primeira colocação e a gravidez/puerpério a 12.^a posição. Esta escala pretende avaliar o stresse relativo ao impacto que os acontecimentos de vida diária exercem sobre os sujeitos (Fonseca, 2005, p.139) e, embora necessite de actualizações, este instrumento permite observar como o sujeito lida com eles (Lazarus, 1999).

De um modo geral é possível afirmar que, de certa forma, o stresse é necessário, que tem repercussões biológicas no indivíduo, que altera aspectos cognitivos e que, em excesso, afecta certas funções do organismo (Vaz Serra, 2007).

Tal como Sousa (2007) pesquisou, vários autores têm defendido que o stressse poderá exacerbar ou contribuir para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas e que as situações indutoras de stresse diferem consoante o género. Para Bale (2006), a sensibilidade ao stresse pode constituir um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações afectivas.

Em suma, pode afirmar-se que existe stresse, quando há situações mais exigentes que as competências individuais, que o indivíduo detém, e que são geradoras de desajustamento emocional (Baptista *et al.*, 2001). De seguida, abordam-se alguns modelos teóricos para explicar o stresse.

1.3.3.1. Modelos teóricos

Existem vários modelos teóricos para explicar o stresse; contudo, não se pretende uma descrição extensa, apenas abordar aqueles que têm, ou demonstraram em certo momento, maior representatividade e que mais estudos empíricos apresentam. Tal como o conceito e noção de stresse, os modelos também estão em constante evolução. Nesta revisão descreve-se o modelo transaccional de Lazarus, o modelo de Rahe e o modelo compreensivo de Vaz Serra.

1.3.3.1.1 Modelo transaccional do stresse de Lazarus

O modelo transaccional de Lazarus e seus colaboradores apresenta uma base cognitiva, realizando os sujeitos avaliações dos acontecimentos que determinam as emoções que, de seguida, sentem. Para Lazarus, a avaliação que o sujeito faz, de uma situação geradora de stress, determina a sua reacção emocional e psicofisiológica (Rahe, 1995).

só em termos de resposta biológica, mas também em função dos antecedentes que pudessem determinar o stresse (Vaz Serra, 2007)

Segundo Lazarus (1999) o stress consiste numa reacção a um estímulo, responsável por desencadear um conjunto de emoções.

Lazarus e Folkman (Rahe, 1995) desenvolveram uma medida que avalia a percepção cognitiva do sujeito, perante episódios stressantes. Formularam um questionário com estilos de coping positivos e negativos que, segundo dos autores, operacionaliza o que sentem os sujeitos perante acontecimentos potenciadores de stress.

De acordo com Lazarus (1999), a resposta de stress do sujeito é proporcional à percepção que este faz do acontecimento. A resposta de stress dependia da avaliação cognitiva do sujeito, sendo mediadora do estímulo stressor e resposta de stress.

No ponto de vista de Lazarus (1999), o termo transaccional acrescentava a conotação pessoal do que estaria a acontecer ao acontecimento percebido.

Conforme Vaz Serra (2007), as investigações de Lazarus e colaboradores, permitiram concluir que alguns factores cognitivos eram determinantes das respostas emocionais e que, o sentimento de stress, que o indivíduo sentia, estava dependente da avaliação que fazia da circunstância. Em suma trata-se de uma perspectiva na qual se destaca a avaliação e o coping, os quais se referem à relação que se estabelece entre o indivíduo e o seu meio (Martins, 2004)

1.3.3.1.2. Modelo do Stress e Coping de Rahe

O modelo para explicar o stress de Rahe é composto de seis passos, existindo em cada etapa componentes psicológicos e físicos baseados nos acontecimentos de vida geradores de stress (Rahe, 1995). Para o autor cada pessoa consciencializa os acontecimentos de vida, consoante a sua experiência, na medida em que a estratégia para resolvê-los está relacionada com a sua capacidade de adaptação.

Este modelo explica que, no primeiro passo, perante um determinado acontecimento de vida, conforme a sua intensidade e magnitude, o sujeito percebe o episódio consoante as experiências do passado, o suporte social envolvido, bens pessoais ou educação (Rahe, 1995).

No segundo passo, segundo Rahe (1995), após o sujeito ter sido exposto a um acontecimento indutor de stress, activa mecanismos de defesa, tais como a negação, a formação reactiva ou a sublimação. Quando impulsionados os mecanismos necessários

estimula-se uma variedade de respostas psicofisiológicas, que podem ser percebidas ou não¹⁹.

No terceiro passo, para Rahe (1995), após a pessoa ter percebido a associação existente entre o acontecimento de vida e a resposta psicofisiológica envolvida e, se estas forem nocivas para a sua saúde, passam a sintomas. No quarto passo, implica que o sujeito actue para diminuir esses sintomas (Rahe, 1995).

No quinto passo, verifica-se a possibilidade do indivíduo não conseguir proceder a uma diminuição dos sintomas e o seu organismo debilitar-se. Este passo poderá levar o indivíduo a uma doença crónica (Rahe, 1995). Persistem no sujeito graves dificuldade no seu funcionamento cognitivo, crenças na actuação médica e alterações mentais e sociais.

O sexto e último passo, de acordo com Rahe (1995), representa a decadência do organismo e o distress em que se encontra. Há um aumento dos sintomas físicos que poderão levar a uma doença crónica.

1.3.3.1.3. Modelo compreensivo do stresse de Vaz Serra

O modelo do stresse de Vaz Serra (2007) consiste numa síntese integrada, que fornece uma maior compreensão desta variável. Segundo o autor, o stresse é potenciado por circunstâncias indutoras, às quais o indivíduo mostra maior sensibilidade, nomeadamente acontecimentos traumáticos, situações crónicas, macro²⁰ e micro²¹ indutores de stresse, acontecimentos desejados que não ocorreram, acontecimentos significativos de vida e traumatismos decorridos no estágio de desenvolvimento.

Vaz Serra (2007) explica que estas ocorrências são filtradas pelo sujeito, através de uma avaliação que este faz de determinado acontecimento. Se a pessoa considera que a circunstância é importante para si e se sente que não possui aptidões, nem recursos pessoais/sociais, poderá desenvolver stresse. A intensidade do episódio é atenuada em função do apoio social a que o indivíduo tem acesso (Vaz Serra, 2007).

Vaz Serra (2007) conclui este modelo compreensivo ao descrever os vários tipos de resposta que o ser humano evoca, tais como, a biológica, a cognitiva, a comportamental e a

¹⁹ As respostas psicofisiológicas que o sujeito consegue perceber são as dores de cabeça, a tensão muscular ou as alterações do humor; por outro lado, as respostas psicofisiológicas de maior difícil percepção são o aumento da tensão arterial, a dislipidémia e hipoglicémia (Rahe, 1995).

²⁰ Os macroindutores de stresse estão relacionados com as condições que um sistema socioeconómico impõe a sujeito, tais como aumento da taxa de inflação, dificuldade em encontrar emprego ou recessão económica (Vaz Serra, 2005).

²¹ Os microindutores de stresse são situações quotidianas, mas que poderão gerar algum tipo de aborrecimento, tais como vizinhos incomodativos, filas de trânsito, aumento das tarefas domésticas, entre outros (Vaz Serra, 2005).

emocional. Para cada resposta, existe uma estratégia para o sujeito lidar com o stresse, habitualmente designada por coping e que pode ser orientada para a resolução do problema, para o controlo da emoção ou para a procura de apoio junto da rede social. Sempre que a estratégia é adequada o sujeito resolve o seu episódio de stresse. Quando a resposta é inadequada, o stresse é prolongado e torna-se nocivo para o indivíduo.

Subjacente aos modelos que explicam o stresse, encontra-se o estilo de coping que influencia o modo como o sujeito lida com os factores potenciadores de stresse.

1.3.3.2. Stresse e estilo de coping

O coping consiste nos recursos que a pessoa utiliza para lidar com o stresse. Resume-se ao processo de lidar com as exigências internas e externas, que excedem os recursos das pessoas. São transaccionais, na medida em que consideram a integração do meio e da pessoa numa determinada situação (Martins, 2004)

Existe entre o coping e o stresse, uma interdependência conceptual, porque o stresse consiste numa ausência de coping e o coping é o que se faz para lidar com o stresse. Esta diferenciação depende de Lazarus (1999), que o descreveu como o conjunto de esforços, orientados para a acção e racionalização, para lidar com as exigências que forçam ou excedem as capacidades e recursos pessoais. O processo de coping consiste num processo simultaneamente emocional e cognitivo, pelo qual o sujeito realiza um conjunto de julgamentos acerca dos potenciais efeitos dos acontecimentos no seu bem-estar (Fonseca, 2005).

Apesar das divergências na sua categorização, o coping é o meio pelo qual se consegue resistir à adversidade, quando os sujeitos conseguem defender-se e promover o seu bem-estar psicológico, operando mudanças pessoais no contexto de encontros geradores de stresse. Os sinais e sintomas associados ao stresse e manifestados pelo sujeito, serão descritos no próximo subcapítulo.

1.3.3.3. Sinais e sintomas do stresse

Tal como Vaz Serra (2007) menciona, “os sintomas evocados pelo stresse variam de pessoa para pessoa” (Vaz Serra, 2007, p.26). Nas várias manifestações observadas, observam-se aspectos culturais, circunstâncias desencadeadoras de stresse, personalidade do sujeito, manutenção ou não da situação e sentimentos de controlo. Apesar de não existir como

perturbação isolada, mas como sintoma de outras doenças, os principais sinais do stresse podem ser (Vaz Serra, 2007):

1. Alterações do comportamento;
2. Alterações emocionais;
3. Alterações cognitivas;
4. Sintomas vegetativos.

No próximo subcapítulo descreve-se o modelo tripartido, que envolve as variáveis do estudo, nomeadamente a ansiedade, a depressão e o stresse.

1.4. Modelo tripartido para a ansiedade, depressão e stresse

O modelo tripartido para a ansiedade, depressão e stresse foi desenvolvido e operacionalizado²² por Lee Anna Clark e David Watson (1991).

No artigo *Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric evidence and taxonomic implications* Clark e Watson (1991) procederam à análise da literatura e medidas relativas com os conceitos de ansiedade e depressão. Verificaram que, embora fossem definidas e classificadas de forma distinta, as medidas também apresentavam e avaliavam sintomas parecidos. Mencionaram, também, que as classificações eram difíceis de distinguir, empiricamente

Contudo, na pesquisa que efectuaram, os termos ansiedade e depressão encontravam-se misturados. Com o DSM a classificação tornou-se mais perceptível (Clark & Watson, 1991).

Após revisão sistemática da literatura e de estudos empíricos com população clínica e não clínica, Clark e Watson (1991) desenvolveram um modelo tripartido, que relacionava estados afectivos (Barlow, 2002).

Concluíram que, para avaliar os sintomas da ansiedade e depressão existiam várias medidas que partilhavam um componente inespecífico que englobava o ‘distress’, ou seja, destacava-se um factor comum aos diagnósticos de ansiedade e depressão, o distress, que afectava os estados negativos e ausência de afectos positivos e a hiperactivação fisiológica

²² Segundo Barlow (2002), também Dobson e Breslau, em 1985, observaram a sobreposição de critérios que existia entre a ansiedade e a depressão, correlacionado diversas escalas. Nessa altura compreenderam que os questionários e escalas não mostravam utilidade para avaliar as dimensões ansiedade e depressão e que mediam estados afectivos semelhantes.

(HF), característicos da perturbação depressiva e ansiosa, respectivamente (Clark & Watson, 1991).

Este modelo tripartido implica que uma descrição de domínios afectivos requer uma avaliação das características comuns e específicas dos sintomas distress, tensão psicofisiológica e hiperactivação ansiosa – relativas à ansiedade e à anedonia, específica da depressão (Clark & Watson, 1991; Barlow, 2002).

Os resultados psicométricos evidenciavam um quadro interpretativo, acreditando os autores que os problemas de co-morbilidade que surgiam ao clínico durante o diagnóstico de perturbação da ansiedade ou depressão podiam ser melhor decifrados através desta visão tripartida dos sintomas (Clark & Watson, 1991).

Os autores acreditavam que havia uma elevada co-morbilidade entre os dois diagnósticos, encontrando-se o distress como o factor comum. Tal como Clark e Watson (1991) referiram, subsistiam muitos pacientes com perturbações depressivas e sintomatologia ansiosa e vice-versa.

Contudo, também remanescem na literatura evidências de sujeitos com sintomas comuns à ansiedade e depressão, sendo difícil proceder ao seu diagnóstico. Clark e Watson (1991) partilhavam a ideia de que este grupo de pacientes era bastante significativo e que não correspondia adequadamente ao tratamento proposto, levando a uma ansiedade e depressão crónica. Verificava-se, igualmente, sujeitos com manifestação de distress, nos estados afectivos negativos (Clark & Watson, 1991).

De acordo com o que pesquisaram e concluíram, Clark e Watson (1991) sugeriram uma estrutura diferente, um modelo tripartido, que poderia ser utilizado para classificar distúrbios afectivos e onde se podia observar os seguintes constructos:

- 1) Stresse;
- 2) Depressão;
- 3) Ansiedade.

Segundo Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004a), a estrutura designada por distress ou afecto negativo, inclui sintomas inespecíficos, relatados por sujeitos diagnosticados com perturbações do humor, e ansiedade e humor deprimido e ansioso, assim como insónia, desconforto, insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração.

Tal como Pais-Ribeiro *et al.* (2004a) escreveram, estes sintomas inespecíficos são responsáveis pela forte associação que existe entre os instrumentos de ansiedade e depressão. Acrescentaram que, para além de subsistir um factor inespecífico, o stresse, constituíam a

depressão e a ansiedade outras duas estruturas, estando a tensão somática e a hiperactividade relacionadas com a ansiedade e a anedonia e ausência de afecto positivo com a depressão.

A operacionalização do modelo tripartido para a depressão e ansiedade levou à elaboração de diversos instrumentos, tais como a *Depression Anxiety Stress Scale* (Lovibond & Lovibond, 1995), a *Mood and Anxiety Symptom Questionnaire*²³ (Watson *et al.*, 1995) ou o *Mental Health Inventory*²⁴ (1979) (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004b).

Em suma, é um modelo que se enquadra nesta investigação, pois envolve variáveis do estudo. Assim como Pais-Ribeiro *et al.* (2004b) afirmaram, a capacidade para distinguir os três construtos, que formam o modelo, permite distinguir o *locus* de perturbação emocional.

A partir do modelo tripartido criou-se a DASS, que foi alvo de estudos psicométricos validados para a população portuguesa (Alves, Carvalho & Baptista, 1999; Pais-Ribeiro *et al.*, 2004a; 2002b).

1.5. Pertinência do estudo

O parto é um acontecimento significativo e de extrema importância na vida de uma mulher. Contudo, não é um episódio neutro, pois mobiliza elevados níveis de ansiedade, medos, expectativas e stresse, que também se podem observar no puerpério. Conforme Leal (2005) mencionou, tanto a gravidez como o período pós-parto são etapas desenvolvimentalistas do ciclo vital, rodeadas de reflexão e de vivências psicológicas intensas.

Percebeu-se, ao longo do enquadramento teórico que diversos autores, nacionais e estrangeiros, realizaram investigações empíricas no âmbito da Psicologia da Gravidez e da Maternidade/Parentalidade. Verificaram a existência de um elevado risco para a saúde mental da mulher associado ao puerpério, tendo em conta as alterações psicológicas, familiares, biológicas, físicas e sociais (Pit, 1985; Rato, 1998; Carvalho *et al.*, 1999; Pereira *et al.*, 1999; Afonso, 2000; Canavaro, 2001; Figueiredo, 2001; Faisal-Cury & Menezes, 2006; Somerset *et al.*, 2006; Miller *et al.*, 2006; Conde & Figueiredo, 2007; Pavone *et al.*, 2007; Thompson & Bukowski, 2007; Reck *et al.*, 2008; Sit & Wisner, 2009; Bussel *et al.*, 2009; Aktan, 2010).

²³ Watson, D., Clark, L., Weber, K., Assenheimer, J., Strauss, M. & McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1): 14-25.

²⁴ Brook, R. *et al.* (1979). Overview of adults health measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17 (7) (supplement).

De acordo com Carvalho *et al.* (1999), no período periparto há um aumento do nível de AE, da disforia pós-parto e da sensibilidade ao stresse que podem impulsionar diversos quadros psicopatológicos.

No âmbito da saúde mental há uma associação estreita entre a perturbação depressiva e a ansiosa e os sinais e sintomas envolvidos (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004).

Deste modo, importa compreender e discriminar estes construtos, considerando que os sintomas depressivos podem estar relacionados com a perda da motivação, da auto-estima e da percepção dos acontecimentos e vida significativos e, a ansiedade uma resposta intensa de medo (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004).

O outro construto do estudo, o stresse, é transversal às outras duas variáveis e manifesta-se através da dificuldade em relaxar, a irritabilidade, a tensão e agitação (Pais-Ribeiro *et al.*, 2004).

Ao estudar a AE e a AT, os sintomas depressivos e a sensibilidade ao stresse em puérperas, é possível que se adquira mais conhecimentos, que permitam fornecer maior suporte emocional à puérpera.

Também é do conhecimento geral que, se se actuar de forma preventiva, é possível evitar situações de risco, no âmbito da saúde mental. Em suma, neste estudo partilha-se da perspectiva de Botelho (2006), que afirmou que no pós-parto há um *traumatismo* psicológico decorrente do próprio parto, que pode estimular diversos quadros psicopatológicos.

1.6. Definição dos objectivos e hipóteses

No desenho de uma investigação, é importante estabelecer objectivos e hipóteses que suportem o enquadramento teórico. Ao estabelecer objectivos, numa investigação do tipo correlacional e comparativo, espera-se inventariar as características do grupo que podem assumir uma variável, descreve-se as relações entre os fenómenos envolvidos, recolhe-se dados, estima-se eventuais diferenças em termos de proporções ou médias e verifica-se a frequência de determinadas situações (Almeida & Freire, 1997).

Segundo Almeida e Freire (1997), a hipótese é a explicação ou a solução mais plausível para um problema, podendo transformar-se numa proposição testável, ser justificável e relevante para a investigação. As hipóteses fazem a ponte entre a teoria e a realidade observada, orientando a investigação para um problema e fornecer ao investigador alguma generalidade explicativa (Almeida & Freire, 1997).

A investigação teve como objectivo analisar as relações entre AT e AE, a sensibilidade ao stresse e sintomas depressivos em puérperas de termo.

Para tal, procurou-se:

- 1) Investigar qual o estado psicológico mais predominante no puerpério, ou seja, verificar a AT e AE, a sensibilidade ao stresse e os sintomas depressivos das puérperas;
- 2) Averiguar se existiam correlações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas envolvidas e observar se influenciam a AE e AT, a sensibilidade ao stresse e sintomas depressivos das puérperas;
- 3) Estudar e comparar as relações entre a AT e AE, a sensibilidade ao stresse e sintomas depressivos das puérperas primíparas e múltíparas, de acordo com o desfecho obstétrico, ID, acompanhante durante o TP, patologia médica e duração do TP.

De acordo com a literatura analisada e os objectivos da investigação que foram delineados, procede-se à definição das hipóteses do estudo:

H1: Espera-se que as puérperas primíparas apresentem maior AE no puerpério, em comparação com as puérperas múltíparas;

H2: É previsto que as mulheres, que tiveram um parto distócico, revelem maior nível de AT e AE, mais sintomas depressivos e aumento da sensibilidade ao stresse;

H3: É esperado que as mulheres que apresentaram patologias médicas durante a gravidez, demonstrem maior desajustamento emocional (aumento do estado e traço de ansiedade, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse) no puerpério;

H4: Espera-se que as puérperas, que beneficiaram de ID durante o TP, apresentem menos AE e sensibilidade ao stresse do que as puérperas que não usufruíram de ID durante o TP;

H5: Espera-se que as puérperas, que tiveram acompanhamento de um elemento significativo durante o TP, demonstrem menos sintomas depressivos, AT e sensibilidade ao stresse do que as puérperas que não usufruíram da presença de um elemento significativo;

H6: Espera-se que, quanto maior a duração do TP, mais elevado seja o desajustamento emocional (aumento do estado e traço de ansiedade, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse) no puerpério.

Capítulo 2 – Método

2.1. Participantes

Para realizar esta investigação, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência²⁵, que consistiu na recolha de dados das participantes que, por coincidência, se encontravam no local onde decorreu a aplicação do protocolo de investigação (Maroco, 2003, p.21).

Decorreu no Departamento da Mulher, no Serviço de Obstetrícia, na Unidade do Puerpério, ala A e B do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, no Concelho da Amadora, no distrito de Lisboa. Os dados obtiveram-se entre o dia 23 de Março de 2010 e 22 de Maio de 2010. Participaram 200 puérperas que assentiram colaborar de forma voluntária no estudo.

2.1.1. Critérios de inclusão e exclusão

Em relação à investigação, consideram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão²⁶, que auxiliam a suprimir enviesamentos na escolha das participantes (D'Oliveira, 2007, p. 59).

Os critérios de inclusão desta investigação são os seguintes:

- 1) Saber ler, escrever e falar Língua Portuguesa;
- 2) Possuir, pelo menos, quatro anos de escolaridade;
- 3) Residir em Portugal há mais de um ano;
- 4) Puérperas de termo.

Os critérios de exclusão deste estudo são:

- 1) Idade inferior a 18 anos;
- 2) Puérperas com gravidez múltipla;
- 3) Puérperas com nado-morto;
- 4) Puérperas com gravidez inferior às 38 semanas de gestação.

²⁵ Nesta investigação utilizou-se uma amostra não probabilística por conveniência face à impossibilidade de recolher uma amostra probabilística e considerando limitações temporais da autora (D'Oliveira, 2007; Maroco, 2003).

²⁶ Segundo D'Oliveira (2007), os critérios de inclusão e exclusão devem ser referidos nos participantes.

2.1.2. Características sociodemográficas das participantes

Em relação às características sociodemográficas das participantes, nomeadamente a faixa etária e a escolaridade, tal como se pode observar na Tabela 1, as mulheres encontravam-se entre os 18 e os 42 anos de idade, com uma média de 28.88 e um desvio padrão de 5.87. Apresentaram um nível de escolaridade compreendido entre os 4 e os 21 anos, com uma média de 11.44 anos e um desvio padrão de 3.66. A informação encontra-se sintetizada na Tabela 1.

Tabela 1

Faixa etária e escolaridade das participantes

	Min.	Máx.	M	DP
Idade	18	42	28.88	5.87
Anos escolaridade	4	21	11.44	3.66

No que diz respeito à Tabela 2, o estado civil, residência e etnia das participantes, observa-se que 46,5% das mulheres viviam em regime de união de facto, 26,5% eram casadas, outras 26,5% solteiras e uma das puérperas era divorciada (0,5%). Cento e 26 viviam em meio suburbano, 12 em meio rural e 62 em meio urbano. Relativamente à etnia, verificou-se que 65% eram caucasianas e 33% negróides. A síntese dos resultados obtidos encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2

Estado civil, residência e etnia das participantes

	f	%	% Acumulada
Estado Civil			
Solteira	53	26.5	26.5
Casada	53	26.5	53.0
União de facto	93	46.5	99.5
Divorciada	1	0.5	100.0
Residência			
Meio Rural	12	6.0	6.0
Meio Urbano	62	31.0	37.0
Meio Suburbano	126	63.0	100.0
Etnia/Raça			
Caucasiana	130	65.0	65.0
Negróide	67	33.5	98.5
Asiática	2	1.0	99.5
Outra	1	0.5	100.0

No que concerne à situação profissional, pode observar-se na Tabela 3 que a maioria das mulheres encontrava-se empregada (69%), havendo casos de desemprego (22%), de estudantes e de pensão social.

Das mulheres que se encontravam empregadas²⁷ 2 eram técnicas superiores, 41 eram técnicas superiores de 2ª categoria, 42 eram técnicas especializadas, 23 eram operárias manuais especializadas e 74 eram operárias manuais não especializadas.

Tabela 3
Profissão das participantes

	f	%	% Acumulada
Profissão			
Técnico Superior Dirigente	2	1.0	1.0
Técnico Superior 2ª	41	20.5	21.5
Técnico especializado	42	21.0	42.5
Operário manual especializado	23	11.5	54.0
Operário não especializado	74	37.0	91.0
Estudante	11	5.5	96.5
Doméstica	2	1.0	97.5
Desempregada	5	2.5	100.0

2.2. Medidas

O protocolo de avaliação²⁸ foi constituído pelos seguintes questionários e instrumentos:

- 1) Questionário de dados sociodemográficos;
- 2) Questionário de dados clínicos;
- 3) Instrumentos de avaliação.

Os questionários de dados sociodemográficos e clínicos foram elaborados exclusivamente para esta investigação.

²⁷ As profissões foram agrupadas consoante a caracterização do nível de instrução, patente na *Escala de Graffar*, adaptada por Amaro (1990).

²⁸ O protocolo de investigação está no Apêndice I.

2.2.1. Questionário de dados sociodemográficos

Os dados demográficos que as puérperas responderam foram:

- i. Idade;
- ii. Local de residência (Rural, urbano e suburbano)²⁹;
- iii. Estado civil (solteira, casada, viúva, união de facto e divorciada);
- iv. Etnia (caucasiana, negróide, asiática, outra);
- v. Profissão³⁰;
- vi. Situação profissional (empregada, desempregada, estudante, trabalhador-estudante e beneficiário de subsídio)
- vii. Número de anos de escolaridade.

2.2.2. Questionário de dados clínicos

Pesquisou-se, junto das puérperas e consultou-se nos seus processos clínicos, as seguintes informações:

- i. Paridade (Primíparas ou múltiparas). Tal como se pode observar no Dicionário de termos Médicos (Costa, 2005), considera-se primíparas as mulheres que são mães pela primeira vez e múltiparas, as mulheres que já têm um ou mais filhos.
- ii. Tipo de parto (eutócico, ventosa, fórceps ou cesariana);
- iii. Local de vigilância da gravidez (Hospital, Centro de Saúde ou Consultório privado);
- iv. Acompanhante no TP (Ninguém, pai da criança ou mãe, amiga, tia, prima da puérpera);
- v. Existência de patologia médica associada;

²⁹ Considerou-se três tipos de locais de residência: o rural, suburbano e urbano. Definiu-se para zonas rurais, locais onde predominavam espaços apropriados para agricultura e pecuária, havendo um maior afastamento geográfico da cidade e menor crescimento populacional. Para a zona urbana, definiu-se a cidade onde a aplicação dos questionários teve lugar, a Amadora. Deste modo, considerou-se meio urbano, mulheres que habitavam na cidade da Amadora. O meio suburbano é intermédio e destinou-se a todas as mulheres que viviam em zonas perto da cidade da Amadora, também conhecidos como subúrbios.

³⁰ Para enquadrar a profissão, consultou-se a *Escala de Graffar*, adaptada por Amaro (1990). Deste modo, considera-se **Técnico Superior Dirigente** mulheres com formação ao nível de mestrado ou doutoramento. **Técnico Especializado** aplica-se a mulheres com licenciatura e que desempenham funções técnicas. **Técnico Especializado** apropria-se a mulheres com curso secundário profissional ou formação profissional especializada. As **Operárias Manuais Especializadas** e **não Especializadas** são as mulheres que detêm profissões menos diferenciadas e que exigem um nível de escolaridade inferior. As **Estudantes** são mulheres que apenas estudam. As **Domésticas** são as mulheres que estão em casa, nunca trabalharam e que não usufruem de rendimento. As Desempregadas são as mulheres que, de momento, não trabalham, mas que podem usufruir de alguma tipo de rendimento ou pensão social e que, após o período de licença de maternidade pretendem iniciar uma profissão.

- vi. Existência de apoio ou acompanhamento psiquiátrico ou psicológico, antes e durante a gravidez;
- vii. ID (Analgesia ou anestesia);
- viii. Duração do TP.

2.2.3. Instrumentos³¹

Neste protocolo foram utilizadas duas medidas de avaliação, nomeadamente a **DASS** ou **EADS-21** uma Escala de ansiedade, depressão e stresse de 21 itens de Lovibond e Lovibond (1995), que avalia a ansiedade, a depressão e o stresse e a **STAI Forma Y1/2**, um Inventário de Estado-Traço de ansiedade de Spielberg (1970), que determinam a ansiedade traço e estado.

Ansiedade, Depressão e Stresse. Estas variáveis foram avaliadas pela Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995), uma medida de auto-avaliação, baseada no modelo tripartido de Clark e Watson (1991). Tanto na versão original de 42 itens como na adaptação portuguesa de 21, possui um formato de resposta numa escala tipo Likert de quatro pontos, sendo *0. Não se aplicou nada a mim; 1. Aplicou-se a mim algumas vezes; 2. Aplicou-se a mim muitas vezes; 3. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*, que remetem para sintomas emocionais negativos. Solicita-se ao sujeito que responda, de acordo com a forma como se sentiu “*Na última semana*”.

A versão de 21 itens, que se designa *EADS-21*, foi adaptada para a população portuguesa por Ribeiro, Honrado e Leal (2004), respeita as condições semânticas e linguísticas, resultantes da adaptação cultural, utilizando populações equiparadas. A *EADS-21* propõem-se a operacionalizar os mesmos construtos que a versão de 42 itens. Segundo os autores da versão portuguesa resumida, aplica-se a sujeitos com mais de 17 anos. Nesta escala assume-se que as perturbações psicológicas são dimensionais, isto é, as diferenças que existem nas variáveis, entre sujeitos normais e com patologia são, essencialmente, no grau.

Para avaliar a depressão, a ansiedade e o stresse há, em cada um domínio, igual número de itens. Conforme se sintetiza na Tabela 4, no que diz respeito à depressão avalia a disforia (item 13), o desânimo (item 10), a desvalorização da vida (item 21), a auto-depreciação (item 17), a anedonia (item 3), a falta de interesse (item 16) e inércia (item 5). Em relação à ansiedade, operacionaliza a excitação do sistema autónomo (itens 2, 4, 19), os efeitos músculo esqueléticos (item 7), a ansiedade situacional (item 9) e experiências

³¹ As autorizações para utilizar os instrumentos estão nos Anexos I, II, III e IV.

subjectivas de ansiedade (itens 15, 20). No que concerne ao stresse, instrumentaliza a dificuldade em relaxar (itens 1, 12), a excitação nervosa (item 8), facilmente agitado (item 8), a irritabilidade (itens 6, 11) e impaciência (item 14).

De acordo com Ribeiro, Honrado e Leal (2004), o resultado é determinado pela soma do total de cada sub-escala. A EADS-21 pode variar entre o zero e 21, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a estados afectivos mais negativos.

Para determinar as qualidades psicométricas da medida, os autores recorreram a uma abordagem semelhante à original, nomeadamente, procederam à utilização da rotação oblíqua e a normalização kaiser. Participaram na amostra portuguesa 200 sujeitos, com idades compreendidas entre os 17 e os 23 anos, com uma média de idades de 19.79 e um desvio padrão de 1.11.

A Escala possui valores de fidelidade adequados, tanto que a consistência interna evidenciou um Alfa de Cronbach de .85, .74 e .81 para a depressão, a ansiedade e stresse. Em relação à validade convergente – discriminante, os itens foram inspeccionados pela correlação do item com a escala a que pertence e com as que não pertence. Observou-se em todos um valor superior a .40 (valor de condição ideal), excepto no item nove.

Em relação à validade concorrente, foi realizada com a versão original de 42 itens e observou-se uma correlação elevada entre as duas escalas, sendo a variância de .89, .90 e .96, para o stresse, ansiedade e depressão respectivamente. A Tabela 4 sintetiza os itens para cada domínio.

Mais tarde, Lovibond (1998) realizou estudos para provar a eficácia da DASS, que mostrou evidências psicométricas e capacidade para medir os construtos que se propõe.

Tabela 4
Itens da Depression Anxiety Stress Scale

	Ansiedade	Depressão	Stresse
Itens	2	3	1
	4	5	6
	7	10	8
	9	13	11
	15	16	12
	19	17	14
	20	21	18
Total itens	7	7	7

Ansiedade-traço e ansiedade-estado. Estes construtos foram instrumentalizados pelo State- Trait Anxiety Inventory (STAI Y1/2; Spielberg, Gorsuch & Lushene, 1970), um inventário foi construído com o objectivo de avaliar brevemente o estado e o traço de ansiedade, tanto em contexto clínico, como em investigação.

Trata-se de uma medida de relato pessoal, constituída por duas escalas de vinte itens. Embora esta investigação seja exclusiva para o sexo feminino, é aplicável a indivíduos de ambos os sexos, a partir do 10.º ano de escolaridade ou com idade equivalente (aproximadamente 16 anos).

A adaptação, tradução e aferição da medida à população portuguesa foi realizada, numa primeira fase por Silva e Santos (1997) e posteriormente por Silva e Campos (1998).

A STAI é um instrumento de auto-avaliação, constituída por duas sub-escalas, a Y-1 e Y-2, com 20 itens cada uma, o que perfaz um total de 40 itens. Possui um formato de resposta tipo Likert de 4 pontos, sendo a forma Y-1, relativa à AE, *1.Nada; 2. Um pouco; 3.Moderadamente; 4. Muito*. Na forma Y-2, respeitante à ansiedade-traço a classificação é *1.Quase nunca; 2.Algumas vezes; 3.Frequentemente, 4.Quase sempre*. A cotação de cada item varia entre o 1 (mínimo) e o 4 (máximo) de ansiedade.

Segundo Silva (2006) deve ser apresentado como um questionário de auto-avaliação, a designação que consta no protocolo de investigação. A aplicação completa do inventário implica que a sub-escala estado seja em primeiro lugar, seguindo-se a sub-escala traço.

Existe 10 itens da sub-escala estado e 9 itens da sub-escala traço que se encontram invertidos, sendo os itens 1,2,5,8,10,11,15,16,19 e 20 para a AE e 21, 23,26,27,30,33,34,36 e 39 para a ansiedade-traço.

O total alcança-se com a soma dos valores obtidos, cujo mínimo é 20 e o máximo 80 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação maior a ansiedade.

No que diz respeito às qualidades psicométricas do inventário, para a população portuguesa, verifica-se valores de fidelidade adequados na amostra total, possuindo um alfa de cronbach de .91 e .93 para homens e mulheres na AE e, .89 para a ansiedade-traço, em ambos os sexos.

Em relação à consistência interna dos itens, recorrendo ao cálculo da correlação item-total corrigido, demonstra valores que oscilam entre os .35 e .70 nos homens e .37 e .71 nas mulheres, para a AE. Para a ansiedade-traço, os valores da correlação compreendem-se entre .34 e .66 para o sexo masculino e .31 e .72 para o feminino.

Os resultados supramencionados corroboram as adequadas qualidades psicométricas da versão portuguesa do STAI-Y (Silva, 2006).

2.3. Procedimento

Numa primeira fase, o tipo de estudo e o que se pretendia investigar foi exposto e submetido a apreciação à Comissão de Ética para a Saúde³² do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE., onde obteve autorização³³.

Esta investigação operacionalizou-se no Serviço de Obstetrícia, na ala A e B, entre 27 de Março a 22 de Maio de 2010. A recolha de dados efectuou-se no período pós-parto, na enfermaria de puérperas, sendo habitual um internamento de dois a cinco dias, conforme o desfecho do parto.

Cada puérpera, após leitura do consentimento informado, decidia se participava de forma voluntária na investigação. Garantia-se o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, bem como se explicava os riscos e os benefícios do estudo e esclareciam-se eventuais dúvidas.

³² Ver Apêndice II.

³³ Ver Anexo V.

Após assentir a sua participação, a puérpera preenchia os dados sociodemográficos e clínicos, sendo a informação que desconhecia verificada no processo clínico, pela investigadora.

Solicitava-se uma leitura atenta das instruções antes de iniciar o preenchimento dos instrumentos de auto-avaliação.

O protocolo de avaliação demorou, em média, 15 minutos a ser preenchido. A investigadora permanecia no Serviço caso existissem dúvidas ou as puérperas necessitassem de ajuda.

A puérpera era livre de desistir, sem sofrer qualquer tipo de consequência. Em última análise, importa referir que a investigação não podia interferir com o normal funcionamento do Serviço de Obstetria.

Capítulo 3 – Resultados

Numa primeira fase, os dados foram introduzidos no Excel e, posteriormente, transpostos para o programa de tratamento e análise estatística, o *SPSS* (Statistical Package for Social Sciences – Versão 18.0). Trata-se de um programa informático, utilizado em ciências sociais e humanas e que efectua análise de dados (Maroco, 2003, p. 63). Este *software* permite a realização de cálculos complexos e a visualização dos seus resultados (Pereira, 2006).

3.1. Estudo da normalidade

Em primeiro lugar, procedeu-se à verificação da normalidade dos resultados, aplicando-se o teste K-S, Kolmogorov-Smirnov. Consoante se apurou, a amostra apresentava dados normais e não normais.

Para se proceder à escolha do tipo de estatística – paramétrica ou não paramétrica, observou-se Pallant (2007, p. 202), que certificou que é possível utilizar, em amostras com um número superior a 30 sujeitos, estatística do tipo paramétrica. Tal conclusão pode observar-se em Pallant (2007), que afirmou que “with large enough sample sizes (eg.30+) the violation of this assumption³⁴ should not cause any major problems”(Pallant, 2007, p.204).

Pereira (2006) descreve os requisitos para utilizar estatística paramétrica, que são os seguintes:

- i. Possibilidade de realizar operações numéricas sobre os dados experimentais, devendo as variáveis ser numéricas;
- ii. Distribuição normal;
- iii. Homogeneidade da variância, ou seja, a variabilidade dos resultados ser a mesma.

Todavia, em relação ao requisito número dois, também confirma que “os testes paramétricos são bastante robustos, podem ser utilizados mesmo quando este pressuposto é violado” (Pereira, 2006, p. 128), ou seja é possível utilizar testes paramétricos mesmo quando a amostra é não normal. Também Maroco (2003) atesta esta condição de aplicação de testes paramétricos, postulando que em amostras com 200 ou mais sujeitos, é possível utilizar testes paramétricos, mesmo que a distribuição não seja normal.

Nesta investigação, optou-se, então, pela utilização de estatística paramétrica.

³⁴ Pallant (2007) referia-se à utilização de testes paramétricos, em substituição dos não-paramétricos, quando a distribuição não é normal. O que se entende é que, em amostras com mais de 30 sujeitos, independentemente da normalidade dos resultados, é possível recorrer a testes paramétricos.

3.2. Descrição dos Resultados

3.2.1. Características da amostra

No que concerne aos resultados obtidos e considerando os dados da amostra, elaborou-se tabelas para melhor visualização dos resultados. Neste subcapítulo observa-se aspectos relacionados com a amostra, nomeadamente as características da gravidez, as patologias médicas que ocorreram durante a gestação, a frequência do apoio e o acompanhamento psicológico e psiquiátrico e as características do parto. O gráfico de distribuição por faixa etária³⁵ encontra-se em apêndice.

Em relação às características da gravidez das 200 parturientes, tal como se pode observar na Tabela 5, 110 mulheres encontravam-se nessa situação pela primeira vez (primíparas) e 90 já tinham tido filhos (múltiparas). Cento e noventa e oito puérperas foram vigiadas durante a gestação, sendo que a maioria o fez no centro de saúde (128), enquanto 39 o fez em consultório privado e 31 no hospital.

Tabela 5

Características da gravidez (N=200)

	f	%	% Acumulada
Gravidez			
Primípara	110	55.0	55.0
Múltipara	90	45.0	100.0
Vigilância da gravidez			
Sim	198	99.0	99.0
Não	2	1.0	100.0
Local de vigilância da gravidez			
Não aplicável	2	1.0	1.0
Hospital	31	15.5	16.5
Centro de saúde	128	64.0	80.5
Consultório	39	19.5	100.0

³⁵ Ver apêndice III.

Em relação à Tabela 6, as patologias médicas que as puérperas tiveram durante a gravidez, verifica-se que 159 não apresentou queixas de nenhum tipo. As restantes 41 mulheres apresentaram sintomatologia diversa, sendo a diabetes gestacional (11) e a hipertensão (11) as mais representativas.

A mesma informação encontra-se sintetizada na Tabela 4.

Tabela 6

Patologias médicas das puérperas

	f	%	% Acumulada
Patologias médicas associadas à gravidez			
Nenhuma	159	79.5	79.5
Diabetes gestacional	11	5.5	85.0
Hipertensão	11	5.5	90.5
Insuficiência venosa membros inferiores	3	1.5	92.0
Diabetes, hipertensão, apneia,	1	0.5	92.5
Hipotiroidismo	1	0.5	93.0
Epilepsia	2	1.0	94.0
Patologia respiratória	2	1.0	95.0
HIV	2	1.0	96.0
Litíase	2	1.0	97.0
Patologia muscular	3	1.5	98.5
Patologia renal	1	0.5	99.0
Patologia cardíaca	2	1.0	100.0

No que diz respeito à Tabela 7, constata-se que algumas das mulheres já tinham usufruído de acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico previamente (8 e 19 respectivamente). Por outro lado, durante a gravidez, 4 mulheres afirmaram ter beneficiado de apoio psiquiátrico e 11 de apoio psicológico. A informação encontra-se sintetizada na Tabela 7.

Tabela 7

Acompanhamento psiquiátrico e psicológico

	f	%	% Acumulada
Acompanhamento Psiquiátrico antes da gravidez			
Sim	8	4.0	4.0
Não	192	96.0	100.0
Acompanhamento Psiquiátrico durante a gravidez			
Sim	4	2.0	2.0
Não	196	98.0	100.0
Acompanhamento Psicológico antes da gravidez			
Sim	19	9.5	9.5
Não	181	90.5	100.0
Acompanhamento Psicológico durante a gravidez			
Sim	11	5.5	5.5
Não	189	94.5	100.0

No que concerne às características do parto, tal como se pode constatar na Tabela 8, nomeadamente o tempo de TP, esta amostra revelou valores compreendidos entre os 30 minutos e as 96 horas (com uma média de 10.13 horas). Cento e dez mulheres tiveram parto eutócico, enquanto as outras 90 realizaram partos distócicos (65 cesarianas e 25 fórceps e/ou ventosa).

Em relação à ID e exceptuando os casos de cesariana, onde a analgesia ocorre sempre, 96 mulheres tiveram suporte analgésico e 41 não. Os dados encontram-se organizados na Tabela 8.

Tabela 8

Características do parto

	Min.	Máx.	M	DP
Número horas TP	0.5	96	10.13	12.14
		f	%	% Acumulada
Tipo de parto				
Eutócico		110	55.0	55.0
Fórceps		13	6.0	61.0
Ventosa		13	6.0	67.0
Cesariana Programada		23	12.5	79.5
Cesariana Urgente		40	20.0	99.5
Fórceps e ventosa		1	0.5	100.0
Intervenção na dor				
Sim		96	48.0	48.0
Não		41	20.5	68.5
Cesariana		63	31.5	100.0

Relativamente ao acompanhamento de indivíduos significativos durante o TP verificou-se que 81 mulheres não tiveram ninguém, 96 estiveram com os pais dos recém-nascidos, 11 tiveram as suas mães, 5 tiveram amigas, 2 tiveram uma tia, 2 tiveram primas, 2 tiveram irmã e 1 teve uma filha. Tais dados podem ser observados na Tabela 9, que se encontra sintetizada.

Tabela 9

Acompanhamento durante o TP

	f	%	% Acumulada
Acompanhamento durante o parto			
Ninguém	81	40.5	40.5
Pai da criança	96	48.0	88.5
Mãe	11	5.5	94.0
Irmã	2	1.0	95.0
Tia	2	1.0	96.0
Amiga	5	2.5	98.5
Filha	1	0.5	99.0
Prima	2	1.0	100.0

3.2.3. Estudo comparativo e correlacional da amostra

No estudo comparativo da amostra utilizou-se os testes *t-student* e *Anova*. Realizou-se comparações entre as variáveis do estudo, nomeadamente a AE e a AT, a depressão e o stresse. Também se estudou a ansiedade hiperfisiológica, um item incluído na *DASS*. Relacionou-se as variáveis com a paridade, tipo de parto, patologia médica, estado civil, residência, ID e acompanhamento durante o TP.

De forma a verificar se o facto de ser primeiro parto justificaria a diferença ao nível das variáveis em estudos nomeadamente a AT e AE, a ansiedade com HF, a depressão ou stresse, conforme se apura na Tabela 10, as mulheres primíparas e múltiparas foram comparadas utilizando o teste *t-student* para diferenças de médias. Segundo Maroco (2003) e Pereira (2006) este teste estatístico serve para comparar médias entre dois grupos independentes, nesta situação as mulheres primíparas e as múltiparas.

Verificou-se uma diferença de médias estatisticamente significativa no que respeita à AE ($t(198)=2.395$; $p=.02$), tendo as mulheres primíparas apresentado valores superiores. De seguida, encontra a informação resumida da Tabela 10.

Tabela 10

Comparação entre primíparas e múltiparas

	Número de Filhos (N=200)					
	Primípara (n=110)		Múltipara (n=90)		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
AE	41.66	15.20	36.53	14.91	2.395*	.018
AT	41.76	12.95	39.20	12.93	1.394	.165
Depressão	2.25	3.07	1.74	2.31	1.303	.194
Ansiedade (HF)	4.05	3.54	3.50	3.52	1.088	.278
Stresse	7.49	4.07	6.44	4.42	1.741	.083

Nota. * $p \leq .05$.

Tendo por objectivo verificar se o tipo de parto poderia conduzir a diferentes valores de médias de ajustamento emocional, tal como foi auferido na Tabela 11, as 200 participantes foram agrupadas em função do tipo de parto: eutócico, distócico (fôrceps, ventosa ou cesariana). Nesta situação optou-se pelo teste *t-student*, pois trata-se de um procedimento estatístico que permite comparar a média de dois grupos (D'Oliveira, 2007).

Verificou-se que as mulheres sujeitas ao parto distócico apresentaram valores superiores de sensibilidade ao stresse ($t(198)=-2.063$; $p=.04$). A mesma informação encontra-se na Tabela 11.

Tabela 11

Comparação entre partos eutócicos e distócicos

	Tipo de parto (N=200)					
	Eutócico (n=110)		Distócico (n=90)		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
AE	37.71	14.04	41.37	15.35	-1.695	.092
AT	39.15	13.01	42.40	12.77	-1.775	.077
Depressão	1.75	2.45	2.37	3.07	-1.590	.113
Ansiedade (HF)	3.62	3.37	4.02	3.73	-.805	.422
Stresse	6.46	4.22	7.70	4.22	-2.063*	.040

Nota. * $p \leq .05$.

Em relação ao estudo da comparação entre mulheres que experienciaram patologia médica durante a gravidez e aquelas que não apresentaram, tal como demonstra a Tabela 12, observa-se a existência de diferenças de médias significativas ao nível da AT ($t(198)=-2.153$; $p=.03$), da depressão ($t(55)=-2.329$; $p=.02$) e do stresse ($t(198)=-2.213$; $p=.03$). Em qualquer dos casos foram as mulheres com patologia médica que apresentaram índices superiores de desajustamento. A Tabela 12 apresenta a síntese dos resultados.

Tabela 12

Comparação entre mulheres com e sem patologia médica

	Patologia médica (N=200)					
	Não (n=159)		Sim (n=41)		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
AE	38.32	15.35	43.37	14.34	-1.901	.059
AT	39.62	12.63	44.46	13.70	-2.153*	.033
Depressão	1.77	2.62	3.00	3.10	-2.329*	.011
Ansiedade (HF)	3.64	3.62	4.44	3.11	-1.302	.194
Stresse	6.69	4.30	8.32	3.84	-2.213*	.028

Nota. * $p \leq .05$.

Em relação à Tabela 13, a comparação das participantes face ao estado civil foi efectuada entre solteiras, casadas e a viver em regime de união de facto, utilizando para o efeito, a análise de variância, também denominada por ANOVA. Pelo facto de só existir uma mulher divorciada, este estado civil não foi tido em consideração nesta análise.

Este procedimento estatístico permite testar diferenças entre duas ou mais variáveis (Pereira, 2006). Neste estudo as variáveis foram solteiras, casadas e união de facto.

Assim, verificou-se a existência de diferenças significativas ao nível da depressão ($F(2, 196)=3.337; p=.04$), tendo o grupo das mulheres casadas apresentado índices superiores quando comparado com o grupo que vive em regime de união de facto. Tal informação pode ser confirmada na Tabela 13.

Tabela 13

Comparação em função do estado civil

	Estado civil (n=199)							
	Solteira (n=53)		Casada (n=53)		União Facto (n=93)		Anova	Sig
	M	DP	M	DP	M	DP		
AE	40.72	16.21	41.06	14.96	37.66	14.91	1.114	.330
AT	42.34	13.30	42.21	13.64	38.71	12.33	1.878	.156
Depressão	1.89	2.28	2.83^{a)}	3.37	1.62^{b)}	2.56	3.377*	.036
Ansiedade (HF)	4.00	3.57	4.08	3.92	2.53	3.30	.520	.596
Stresse	6.94	4.30	7.41	4.29	6.86	4.25	.299	.742

Nota. * $p \leq .05$. ^{a) b)} Médias com sobrescritos diferentes são significativamente diferentes segundo teste de Tukey ($p < .05$).

O estudo da comparação entre mulheres que residem em meios com características diferentes (rural, suburbano e urbano) não revelou diferenças estatisticamente significativas para as variáveis em estudo (a AT e a AE, a depressão e o stresse), tal como se pode verificar na Tabela 14.

Tabela 14

Comparação em função da residência

	Residência (N=200)							
	Rural (n=12)		Urbano (n=62)		Suburbano(n=126)		ANOVA	Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP		
AE	36.75	16.02	39.69	15.62	39.44	15.09	.191	.827
AT	38.75	13.54	41.48	12.67	40.36	13.14	.286	.752
Depressão	1.08	1.83	2.23	2.85	2.02	2.79	.863	.424
Ansiedade (HF)	3.50	2.32	3.94	3.95	3.76	3.43	.095	.909
Stresse	7.08	3.55	7.11	4.35	6.96	4.29	.025	.975

A comparação entre mulheres sujeitas a ID, isto é, entre as mulheres que não usufruíram de qualquer intervenção, entre aquelas que tiveram analgesia e cujo parto foi eutócico ou instrumental e, ainda, entre as mulheres sujeitas a cesariana, está patente na Tabela 15. Como se pode observar não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

Tabela 15

Comparação em função da ID

	Intervenção na dor (N=200)							
	Sim (n=96)		Não (n=41)		Cesariana (n=63)		ANOVA	Sig
	M	DP	M	DP	M	DP		
AE	40.41	15.35	35.98	15.14	39.95	15.09	1.287	.279
AT	41.99	12.93	36.98	13.85	40.87	12.18	2.191	.115
Depressão	2.33	3.15	1.51	2.08	1.89	2.46	1.390	.252
Ansiedade (HF)	3.85	3.38	3.83	4.25	3.70	3.29	.038	.962
Stresse	7.32	4.30	5.98	4.57	7.24	3.90	1.573	.210

No que respeita ao acompanhamento durante o TP (e eventualmente, durante o parto), como se contempla na Tabela 16, foram comparadas as mulheres que não tiveram acompanhamento, com aquelas que estiveram com os pais dos recém-nascidos e aquelas que tiveram outras pessoas a acompanhá-las. O teste estatístico que se utilizou foi a ANOVA, tratando-se de um procedimento que permite comparar dois ou mais grupos (Maroco, 2003)

Como se pode observar, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na variável ansiedade com HF ($F(2, 197)=4.563$; $p=.01$). As mulheres que estiveram sozinhas apresentaram índices de ansiedade significativamente inferiores aos das mulheres que foram acompanhadas por outros significativos (como mãe, tia, irmã, amiga ou prima).

Tabela 16

Comparação em função do acompanhamento

	Acompanhamento (N=200)							
	Ninguém (n=81)		Pai da criança (n=96)		Outro (n=23)		ANOVA	Sig
	M	DP	M	DP	M	DP		
AE	40.53	15.40	38.15	14.61	40.26	17.54	.581	.561
AT	41.56	12.14	39.29	13.62	42.78	13.02	1.034	.358
Depressão	1.80	2.56	1.91	2.62	3.30	3.67	2.878	.059
Ansiedade HF	3.22^{a)}	2.86	3.83	3.65	5.71^{b)}	4.52	4.563*	.012
Stresse	7.11	4.04	6.69	4.27	8.09	4.85	1.037	.356

Nota. * $p \leq .05$. ^{a) b)} Médias com sobrescritos diferentes são significativamente diferentes segundo teste de Tukey ($p < .05$).

Por último, para observar se existiam correlações entre as variáveis nominais sociodemográficas (idade, anos de escolaridade e horas do TP) e as psicológicas (ansiedade, depressão e stresse) recorreu-se à Correlação de Pearson. Este coeficiente de correlação “mede a intensidade e a direcção da associação, entre duas variáveis contínuas com distribuição normal” (Maroco, 2003, p.33).

Todavia, a correlação entre as variáveis revelou associações sem significância estatística, exceptuando a relação negativa entre o número de horas de TP e a AE ($r=-.16$, $p=.02$), conforme se constata na Tabela 17.

Tabela 17

Correlações entre variáveis

	Idade	Anos escolaridade	Horas TP
AE	-.06	.13	-.16*
AT	-.06	.05	-.05
Depressão	-.10	.01	.01
Ansiedade HF	-.12	-.12	-.11
Stresse	-.07	.05	-.06

Nota. Correlações significativas para $*p \leq .05$.

Capítulo 4 – Discussão

4.1. Discussão

A investigação teve como objectivo analisar as relações entre a AT e a AE, a sensibilidade ao stresse e os sintomas depressivos em puérperas de termo. Para tal, procurou-se:

1. Investigar qual o estado psicológico mais predominante no puerpério, ou seja, verificar a AE e a AT, a sensibilidade ao stresse e os sintomas depressivos das puérperas;
2. Averiguar se existiam correlações entre as variáveis clínicas envolvidas no estudo e observar se influenciaram a AE e a AT, a sensibilidade ao stresse e os sintomas depressivos das puérperas;
3. Estudar e comparar as relações entre a AE e a AT, a sensibilidade ao stresse e sintomas depressivos das puérperas primíparas e múltiparas, de acordo com o desfecho obstétrico, ID, acompanhante durante o TP, patologia médica e duração do TP.

No que diz respeito à confirmação ou rejeição das hipóteses, em relação à *H1*, esperava-se que as puérperas primíparas, em comparação com as puérperas múltiparas, apresentassem maior AE no puerpério. Constata-se, de acordo com o tratamento estatístico, que as mulheres primíparas possuem maior AE, confirmando-se esta hipótese.

Os estudos e a literatura são consistentes, quando demonstram que as mulheres que são mães pela primeira vez mostram maior AE no puerpério (Mascoli, 1990; Teixeira & Leal, 1995; Rato, 1998; Afonso, 2000; Sá, 2004; Carvalho *et al.*, 2004; Wenzel *et al.*, 2005; Lopes *et al.*, 2005; Britton, 2005; Miller *et al.*, 2006; Faisal-Curry & Menezes, 2006; Bayle, 2006; Baptista *et al.*, 2006; Conde & Figueiredo, 2007; Gonidakis *et al.*, 2007; Moura-Ramos & Canavarro, 2007; Reck *et al.*, 2008; Bussel *et al.*, 2009; Aktan, 2010).

Tal como Rato (1988) verificou, a primeira gravidez é sempre um desafio à adaptação psicológica da mulher. Deste modo, justifica-se um nível de ansiedade maior no puerpério, tanto pelos medos reais, como pelos fantasiados. A experiência da maternidade, numa mulher primípara, legítima, só por si, um nível de ansiedade mais elevado, existindo preocupações com o desenvolvimento do bebé e com cuidados assistenciais (Rato, 1998).

A investigação de Teixeira e Leal (1995) mencionou que as mulheres primíparas eram constantemente desafiadas, na gravidez, com questões relacionadas com a maturidade e a personalidade. Tais dimensões levaram, no puerpério, a um aumento do estado de

ansiedade, sendo congruente a ideia de que, ser mãe pela primeira vez, transforma-se num desafio para a maturidade e estrutura de personalidade da mulher.

Para Sá (2004), estar grávida pela primeira vez implica maior vulnerabilidade, modificações fisiológicas e estados emocionais alterados, justificando um certo nível de ansiedade que poderá ser ‘transportado’ para o pós-parto. Num estudo que realizou em conjunto com Carvalho e Leal (2004), os autores compararam grávidas adultas com adolescentes para apurar níveis de ansiedade. Carvalho *et al.* (2004) verificaram que as mulheres, com idade superior a 18 anos, apresentavam um nível mais elevado de AE, tendo sido aceitável considerar que a maturidade leva a maior consciencialização de determinadas situações.

De acordo com Britton (2005), as mulheres primíparas tendiam a manifestar, no pós-parto, níveis de ansiedade superiores. A investigação que efectuou, num hospital pediátrico, justifica esta afirmação, visto que, as puérperas, que eram mães pela primeira vez ostentavam maior ansiedade e sensibilidade ao stress.

O estudo de Wenzel *et al.* (2005) sobre a ansiedade no pós-parto corrobora, igualmente, esta hipótese, uma vez que as puérperas que avaliaram mostraram níveis de ansiedade superiores, comparativamente com as mulheres que não tinham filhos³⁶. Na mesma linha de pensamento encontram-se Lopes *et al.* (2005), que afirmaram que o nascimento do primeiro filho ‘inaugura’ a maternidade. Esta situação vem acompanhada de todo o estatuto social e pressão que a mulher sofre, obrigando-a a abandonar o papel de filha e assumir o de mãe.

A investigação de Miller *et al.* (2006) também suporta esta hipótese, na medida em que as mulheres que são mães pela primeira vez, devido às alterações envolvidas neste período de vida, apresentam um nível de ansiedade superior. Segundo os autores, o estudo identificou, nas puérperas primíparas, um aumento da ansiedade, comparativamente às múltiparas. O estudo de Faisal-Curry e Menezes (2006) retrata um aumento da sintomatologia ansiosa, principalmente da AE após o parto. Os autores apontam a paridade como uma das causas para o acréscimo da ansiedade, especificamente as primíparas.

Para Bayle (2006), o nascimento do primeiro filho poderá ser um “*choque emocional e físico*” (Bayle, 2006, p.102). A autora reconhece que nas primíparas há maior vulnerabilidade emocional e muitas mulheres percebem ter vivenciado sentimentos contraditórios, que vão da euforia à AE.

³⁶ Wenzel *et al.* (2005) referiam-se à população feminina, em geral.

Os dados obtidos nesta investigação também vão ao encontro dos resultados de Dipietro *et al.* (2008), concluindo existência do aumento da AE em mulheres que eram mães pela primeira vez. Os autores apontaram que a transição para a parentalidade e os desafios diários decorrentes do nascimento de uma criança foram o motivo para o aumento da ansiedade nas primíparas.

Na mesma linha de pensamento, Moura-Ramos e Canavarro (2007) observaram que o momento após o parto é uma situação que pode levar a desajustamento, tratando-se de um tempo emocionalmente exigente, devido às mudanças e reorganizações diárias verificadas pelas mulheres. É comum a mulher assumir a responsabilidade da maior parte das tarefas de prestação de cuidados ao bebé e, talvez por esse motivo, há um aumento da AE.

O Modelo de Spielberg enquadra-se na explicação desta hipótese. O estado de ansiedade é uma situação provisória, relativamente a um dado episódio da vida do sujeito (Silva, 2006). A AE que se verificou, nas participantes deste estudo, poderá estar relacionada com aspectos psicológicos apenas manifestados no momento de internamento, tratando-se de uma fase do ciclo de vida onde existe alguma tensão e preocupação.

Em suma, as investigações apontam para a um aumento do nível da AE nas puérperas primíparas de termo, relacionado com medos, fantasias, expectativas, transição para a parentalidade ou até com as preocupações relacionadas com cuidados básicos prestados ao bebé, confirmando-se a *H1*.

Em relação à *H2*, era esperado que as mulheres com um parto distócico revelassem maior AT e AE, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse no puerpério. Apenas se confirmou, nas participantes deste estudo, o aumento da sensibilidade ao stresse.

Conforme se pode confirmar no enquadramento teórico, o parto, só por si, é perspectivado como um acontecimento potenciador de aumento da sensibilidade ao stresse (Vaz Serra, 2007). Na sociedade actual, este construto é encarado como um fenómeno comum ao ser humano e o parto poderá potenciar a sensibilidade ao stresse da mulher (Martins, 2004).

Figueiredo *et al.* (2002) advogaram que o tipo de parto tem repercussões no puerpério, assinalando que interfere com aspectos físicos, psicológicos e com a relação mãe-bebé. As investigações têm revelado que as mulheres com parto eutócico relatam mais satisfação e maior ajustamento emocional. Também a investigação de Conde *et al.* (2007) vai encontro dos vários estudos efectuados, pois afirmaram que o tipo de parto influencia o ajustamento ou desajustamento da puérpera.

Por outro lado, vários estudos têm revelado que o parto distócico é perspectivado, pelas puérperas, como um episódio menos positivo e é apontado como potenciador de maiores perturbações psicopatológicas no puerpério (Figueiredo, 2001). Silva (2006) referiu que algumas mulheres são mais vulneráveis a acontecimentos stressores exteriores.

Como se pôde observar na revisão da literatura, o stresse não é considerado uma entidade psicopatológica. Todavia, se numa fase inicial não forem identificados acontecimentos ou factores que levam ao desajustamento emocional, a mulher poderá aumentar o distress e o seu funcionamento físico e psicológico sofrerá alterações significativas (Rahe, 1995; Frasquilho, 2009).

Na perspectiva de Costa *et al.* (2004), as mulheres que tiveram partos distócicos possuem correlações negativas com a satisfação com o TP, maior sentimento de perda e menor auto-estima, sendo mais elevado o desajustamento emocional. Os autores também perspectivaram que o tipo de parto pode desencadear stresse, estando, igualmente, envolvida a experiência com o parto.

Na literatura, encontra-se evidências empíricas que demonstram o desajustamento emocional, após um parto distócico. O estudo de Gonidakis *et al.* (2007) apresenta resultados nesse sentido, uma vez que as puérperas que tiveram um parto distócico denotam maior sensibilidade ao stresse, mais sintomas depressivos e aumento da AE e AT.

O mesmo desajustamento, relacionado com parto distócico, também se observou na revisão de Figueiredo *et al.* (2002), relativa à experiência que as mulheres possuem do parto.

Para algumas mulheres, um parto distócico poderá ser sinónimo de desconforto, insatisfação ou até mesmo irritabilidade. Estas características constituem os sintomas inespecíficos da estrutura stresse do Modelo Tripartido de Clark e Watson (1991), que se verifica nas puérperas que tiveram um parto distócico. Deste modo, do ponto de vista teórico, este modelo vai ao encontro desta hipótese.

De uma forma geral, conclui-se, em relação à *H2*, que um parto distócico poderá levar a um aumento da sensibilidade ao stresse, confirmando-se apenas uma variável.

No que diz respeito à *H3*, esperava-se que as mulheres que apresentavam patologias médicas durante a gravidez demonstrassem maior desajustamento emocional (aumento do estado e traço de ansiedade, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse) no puerpério. Esta hipótese confirmou-se, na medida em que as participantes do estudo que tiveram patologias médicas durante a gestação mostraram, no puerpério, diferenças estatisticamente significativas em relação à AT, aos sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse.

As patologias médicas que se mostraram mais representativas foram a diabetes gestacional (5.5%) e a hipertensão arterial (5.5%). Tal como foi resumidamente explicado na revisão da literatura, estas patologias poderão desencadear num parto prematuro ou até em mortalidade perinatal, constituindo riscos obstétricos (Graça, 2005).

A doença, independentemente da estrutura emocional do sujeito, é uma experiência dolorosa e que poderá levar o sujeito a ficar mais desajustado (Silva, 1995). Há estudos que demonstram que a hipertensão poderá estar associada a estados emocionais negativos, mais concretamente a depressão e a ansiedade, levando a desajustamento emocional (Miguel *et al.*, 2000).

Vários estudos, tais como os de Gerin *et al.* (1992), referem que há uma correlação entre a hipertensão e a ansiedade (Baptista *et al.*, 2000). Nesta investigação, a ansiedade também se constatou no puerpério, principalmente, a AT.

É de conhecimento geral que a doença leva a aumento da depressão, stresse e ansiedade. Tal situação foi constatada por McIntyre (1995), que afirmou que os sujeitos em ‘sofrimento físico’ apresentam, de alguma forma, desajustamento ou desregulação emocional. A autora também refere que estes doentes revelam elevada ansiedade e apresentam distorções cognitivas face à doença, referidas no Modelo Teórico dos Estados Emocionais de Beck *et al.* (1997).

Na mesma orientação teórica encontra-se Paúl (1995). No seu ponto de vista, os sujeitos que possuem doenças, ou algum tipo de incapacidade, demonstram reacções psicológicas, que exigem suporte psicológico (Paúl, 1995).

Outro aspecto que poderá estar envolvido é a noção de que cada participante possuía de doença. Se estas mulheres, de certo modo, valorizarem excessivamente a sua patologia, poderão demonstrar vivências e significados desajustados, que poderão desencadear em aumento da AT, dos seus sintomas depressivos e da sensibilidade ao stresse (Paúl, 1995).

Em relação à diabetes, o estado de conhecimento aponta para existir uma forte associação entre a doença e o afecto negativo, nomeadamente a depressão e a ansiedade (Amorim & Coelho, 2008). O mesmo se verifica em relação às participantes com patologia médica, desta investigação, que ostentam alterações do afecto, nomeadamente índices superiores de AT, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse.

A diabetes traz implicações psicossociais na vida do doente. Esta patologia pode alterar as rotinas diárias da gestante, sendo o impacto inicial, caracterizado por um sentimento

de incerteza que, a longo prazo, poderá levar ao desajustamento emocional, sendo a depressão e a ansiedade as perturbações psicológicas mais usuais (Almeida & Oliveira, 2000).

Existe uma relação entre o stresse e o aumento da glicemia, uma vez que diabéticos sujeitos a situações de stresse demonstram maior sensibilidade (Hanas, 2007, p. 261). Em determinados estudos, tais como os de Mazze, Lucido e Shamoon³⁷ (1984) demonstrou-se que os diabéticos com maior glicemia apresentaram um índice superior de ansiedade, depressão e stresse (Hanas, 2007).

As puérperas deste estudo, que tiveram patologias médicas, como a diabetes, mostraram diferenças significativas em relação à sensibilidade ao stresse. As grávidas com diabetes gestacional costumam apresentar tensão, o que poderá desencadear em algum tipo de desajustamento emocional (Hanas, 2007, p. 261).

Compreende-se, então, que as participantes com patologia diabética e hipertensa mostrem maior desajustamento, pois a sua gravidez foi vivenciada com maior ansiedade e stresse. Esta hipótese vai ao encontro dos Modelo de Spielberg para a ansiedade-traço e do Modelo Tripartido de Clark e Watson.

Em suma, estas patologias de certa forma afectaram a qualidade de vida das puérperas, o que poderá ter levado a desajustamento emocional. Confirma-se, deste modo, a *H3* e afirma-se a existência de desajustamento emocional (AT, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse) nas puérperas que tiveram patologias médicas durante a gravidez.

No que concerne a *H4*, esperava-se que as puérperas que beneficiaram de ID durante o TP apresentassem, no puerpério, menos AE e sensibilidade ao stresse do que as puérperas que não usufruíram de intervenção na dor durante o trabalho de parto. Esta hipótese não se confirmou, foi rejeitada, pois não existia diferenças estatisticamente significativas.

Segundo o tratamento estatístico apurado nos resultados, as mulheres que beneficiaram e as que não usufruíram de ID possuem a mesma situação psicológica, ou seja, um perfil emocional semelhante, no que concerne à AE e sensibilidade ao stresse.

Esta hipótese não foi ao encontro da literatura observada e as investigações são unânimes ao afirmar que um parto com analgesia epidural traduz-se em menor nível de AE e sensibilidade ao stresse no puerpério (DGS, 2001; Figueiredo *et al.*, 2002; Martins *et al.*, 2002; Costa *et al.*, 2004; Brazão, 2005; Wolcott & Bailey, 2007). O estado actual de

³⁷ Mazze, R., Lucido, D. & Shamoon, H. (1984). Psychological and social correlates of glycemic control. *Diabetes Care*, 7, 360-366.

conhecimento é consistente ao advogar que mulheres que tiveram um parto com recurso a ID apresentam maior satisfação com o parto (Figueiredo *et al.*, 2003).

Uma justificação para a rejeição da hipótese remete para questões sociais, uma vez que há mulheres que aprendem a lidar com a dor de forma positiva, existindo mesmo puérperas que omitem a dor no relato que fazem do parto, para desvalorizá-la (Lopes *et al.*, 2005).

Segundo os autores Lopes *et al.* (2006) numa cultura fundada na raiz judaico-cristã, impõe-se que a boa mãe é aquela que sofre durante o TP e, considerando este aspecto cultural, a dor, neste período de tempo, até pode ser perspectivada como algo positivo.

Outra justificação poderá estar relacionada com crenças associadas à analgesia epidural. Estas crenças ou interpretações distorcidas, de acordo com a teoria dos estados emocionais de Beck e colaboradores (1997), poderão levar as mulheres a perceberem, de forma distorcida, o que é e como funciona uma analgesia epidural, realizando inferências arbitrárias sobre este processo de ID.

A teoria postula que existe, a nível emocional, uma invasão de processos cognitivos que afectam o funcionamento do sujeito (Wolpert, 2000).

Na população feminina, em geral, existem crenças erróneas, ou mesmo mitos, quanto a este tipo de intervenção. Algumas mulheres pensam que a analgesia *paralisa as pernas, pode gerar sofrimento ao bebé, que leva a cesariana ou até que provoca dores nas costas*³⁸. Possivelmente, algumas distorções ou inferências arbitrárias podem ter sido consideradas pelas participantes, levando à infirmação da hipótese.

Outro factor que poderá justificar a rejeição desta hipótese relaciona-se com o bem-estar emocional que o nascimento de uma criança significa para o adulto, não valorizando a puérpera aspectos fisiológicos do parto, mais concretamente a dor. O nascimento, na maior parte dos casos, é expoente máximo de felicidade para o casal e família, ocultando a mulher alguns factores físicos.

Apesar de existir suporte teórico que prove que a ID durante o TP proporciona, no puerpério, maior ajustamento emocional e que produz uma sensação de bem-estar e relaxamento, as participantes desta investigação não comprovam as evidências empíricas. Aponta-se, assim, como motivo para a rejeição da hipótese, aspectos socioculturais e específicos que não foram pesquisados no protocolo de investigação. Tal como Figueiredo *et*

³⁸ Estas crenças foram explicadas à investigadora pelos médicos do hospital onde decorreu a recolha da amostra.

al. (2002) afirmaram, a forma como a dor é considerada pela parturiente, também poderá ser determinante para a rejeição da hipótese.

Outro aspecto que também poderá estar envolvido com a rejeição da hipótese é a facilidade com que as mulheres tendem a esquecer as dores do TP. Num estudo efectuado no Instituto Karolinska, por Waldenstrom e Sehytt (2008) verificou-se que as puérperas apresentaram, mesmo logo no puerpério, quando estavam com os seus recém-nascidos, facilidade em suprimir a memória das dores que sentiram durante o TP. Considerando este ponto de vista, independentemente de ter ou não usufruído de ID, as mulheres não recordaram a dor do TP como algo doloroso. Tal situação poderá justificar a infirmação da *H4*.

Em suma, verifica-se que a *H4* não foi confirmada e que a existência de crenças distorcidas e desvalorização da dor poderá estar na base destes resultados.

No que diz respeito à *H5*, era esperado que as puérperas que tiveram acompanhamento de um elemento significativo durante o trabalho de parto, demonstrassem menos sintomas depressivos, menor AT e sensibilidade ao stresse comparativamente às puérperas que não usufruíram da presença de um elemento significativo. Esta hipótese não se confirmou mas existe literatura que ilustra esta consequência.

De certa forma, a investigação refere que as mulheres que têm maior suporte social possuem mais ajustamento emocional, nomeadamente menor ansiedade, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse, funcionando o apoio social como factor de protecção para perturbações psicopatológicas no pós-parto (Figueiredo *et al.*, 2002; Figueiredo, 2005a; Figueiredo *et al.*, 2006).

O actual contexto sociocultural valoriza a presença de figuras significativas, tanto ao longo da gravidez (Colman & Colmanm) como durante o desfecho obstétrico (Figueiredo *et al.*, 2002). Num estudo de Baptista *et al.* (2006), observou-se que as mulheres que perspectivavam um maior suporte social correlacionavam-se negativamente com a ansiedade e depressão.

Por outro lado, uma investigação relativa ao suporte social e sobre a importância de um elemento significativo durante o TP, realizada em Israel, por Rofé e Lewin (1986), detém elementos que justificam a infirmação desta hipótese. Os autores recorreram a uma amostra de 300 mulheres residentes em Tel-Aviv e entrevistaram-nas em relação à vontade em possuir apoio de um elemento significativo durante o TP e avaliaram, igualmente, o nível de ansiedade. Os autores constataram, ao contrário de outras investigações, que as participantes do estudo tendiam a desejar estar isoladas, sem acompanhante e, mesmo que tivessem alguém

com elas, optavam pelo silêncio. Num lado oposto, no puerpério, preferiam usufruir de uma companhia significativa e que conversasse sobre temas relacionados com o parto.

Rofé e Lewin (1986) concluíram que, durante o TP, as parturientes evitavam estar e conversar com outras pessoas, perspectivando que talvez fosse uma forma de lidar com o stress que estariam a sofrer.

Por outro lado, também é possível que as puérperas se sentissem mais confortáveis sem a companhia de um elemento significativo, remetendo Figueiredo *et al.* (2002) para a influência de factores relacionados com características individuais³⁹ e situacionais.

Em suma, apesar de as investigações demonstrarem que a companhia de um elemento significativo durante o TP levasse a maior ajustamento emocional no puerpério, tal como se verifica nesta investigação, as participantes que estiveram sozinhas apresentaram índices de ansiedade inferiores. Possivelmente, as participantes deste estudo têm uma capacidade de resiliência superior, conseguindo superar melhor o evento do TP.

Por oposição, nesta investigação, as mulheres que desfrutaram de apoio por parte de algum elemento que fazia parte do seu suporte social, manifestaram índices de ansiedade superiores aos das mulheres que não foram acompanhadas.

Em última análise, a explicação mais plausível para a rejeição da *H5* poderá estar relacionada com crenças associadas ao parto, estrutura de personalidade e com contextos culturais diferentes.

Por fim, na *H6* esperava-se que, quanto maior fosse a duração do TP, mais elevado seria o desajustamento emocional (aumento do estado e traço de ansiedade, sintomas depressivos e sensibilidade ao stress) no puerpério. Apenas houve diferenças estatisticamente significativas em relação ao aumento da AE, confirmando-se apenas parte da hipótese.

A literatura é unânime quando afirma que, à medida que progride o TP, aumenta a intensidade das contracções. A dilatação torna-se mais perceptível, a dor, o medo e o cansaço são maiores e menores as emoções positivas (Costa *et al.*, 2003). Na investigação de Costa *et al.* (2003) relativa à experiência de parto, verificou-se que 22% das mulheres afirmaram que o TP demorou mais tempo do que esperavam e 58% das participantes referiram que o pós-parto não foi ao encontro das suas expectativas.

Na presente investigação a média de horas do TP foi de 10. Esta média, calculada para primíparas e múltiparas, poderá potenciar a AE no pós-parto, na medida em que, no

³⁹ As características individuais prendem-se com o traço e tipo de personalidade (Figueiredo *et al.*, 2002).

puerpério, aumentam as dificuldades fisiológicas, tais como a dor, o desconforto no períneo e nas mamas (Afonso, 2000).

Vários estudos têm demonstrado uma correlação significativa entre o número de horas do TP, desconforto físico e desajustamento emocional. Um dos aspectos referidos no TP é a dor. Na revisão de Figueiredo *et al.* (2002), a dor influencia negativamente o pós-parto, pois não é facilmente esquecida e há algumas mulheres que retratam o parto como um episódio traumático. A questão *Como será o TP?* principalmente em primíparas, é uma preocupação sentida ao longo da gestação (Conde & Figueiredo, 2007). Este sentimento também poderá influenciar o pós-parto e, com o aumento do número de horas do TP, o funcionamento emocional, parece encontrar-se, provisoriamente, alterado, culminando em alterações da AE.

Também se verifica que, quanto maior a duração do TP, maior a AE, na medida em que existem um conjunto de fenómenos associados que levam a desajustamento emocional no puerpério. A dor, como fenómeno multidimensional, neste processo, está associada à ansiedade e, quanto maior for a duração do TP, mais ansiedade a parturiente demonstra (DGS, 2001). Em última análise, retoma-se o estudo de Figueiredo *et al.* (2002), que postula a existência de características individuais que afectam a percepção que a mulher tem da dor sentida durante o TP. As autoras afirmaram que “a dor de parto continua a ser uma das maiores causas de ansiedade para as grávidas” (Figueiredo *et al.*, 2002, p. 211), verificando-se, em certos TP, desajustamento emocional, irritabilidade, desconforto e medo, que, poderá ser transportado para o puerpério, aumentando a AE.

Tal como Barlow (2002), Baptista *et al.* (2005) e Silva (2006) descreveram, a AE é uma reacção episódica ou situacional, ou seja um estado emocional transitório, encontrando-se o Modelo da ansiedade-estado de Spielberg enquadrado na confirmação da hipótese. O puerpério é uma fase de vida pontual e passageira, onde se observa um desajustamento provisório e a memória relativa ao TP ainda é acentuada. A dor ainda é significativa.

Em relação à *H6* apenas houve diferenças estatisticamente significativas em relação ao aumento da AE no puerpério.

A investigação foi ao encontro de alguns estudos efectuados e os modelos teóricos de Spielberg, Clark e Watson e Beck e colaboradores mostraram-se adequados para os construtos do estudo. Comprovaram-se as hipóteses 1 e 3 e rejeitaram-se as hipóteses 4 e 5. Nas hipóteses 2 e 6 apenas se confirmaram variáveis, ou seja, uma parte da hipótese.

Apesar de esta amostra não ser representativa da realidade, de não se dever generalizar os resultados para o resto da população de puérperas e pelo facto de terem emergido alguns enviesamentos, verificou-se elevada probabilidade da existência de AE, AT, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse.

Se esta amostra fosse representativa da realidade, verificar-se-ia, no puerpério, que as mulheres primíparas possuíam índices superiores de AE e que o parto distócico levaria a um aumento da sensibilidade ao stresse. Também se constataria que, as mulheres que tiveram patologias médicas durante a gravidez apresentariam, no puerpério, maior AT, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse. Por último, também seria um dado adquirido que um TP, mais longo, levaria um aumento da AE.

Sendo assim, constata-se a existência de relações entre a AE e AT, os sintomas depressivos e a sensibilidade ao stresse no puerpério, interligadas a factores sociodemográficos e clínicos, tais como a idade, o local de residência, o estado civil, a etnia, a situação profissional, o número de anos de escolaridade, a paridade, o tipo de parto, o local de vigilância, o acompanhante durante o TP, as patologias médicas, o eventual apoio psiquiátrico ou psicológico, a ID e a duração do TP.

A Psicologia da Gravidez e da Maternidade tem contribuído, ao longo das últimas décadas, para o ajustamento emocional das puérperas e para prevenção de psicopatologia.

Tal como Carvalho *et al.* (2004) afirmaram, os aspectos psicológicos são fundamentais para manter e desenvolver uma gravidez emocionalmente saudável, para consolidar a relação mãe-bebé e colaborar para a transição para a parentalidade. É no puerpério que surgem indícios precoces de desajustamento emocional, sendo importante a colaboração, a tempo integral, de Psicólogos na Maternidade para proporcionar às puérperas maior suporte afectivo. Tal como Figueiredo (2000, p.374) mencionou, “todas as mulheres têm direito à saúde mental, o direito de não mergulhar na dor e no sofrimento psicológico e poder experienciar o prazer e alegria de ter um filho”.

4.2. Implicações

Os resultados da investigação permitiram compreender o desajustamento emocional da puérpera, principalmente a AE, a AT, os sintomas depressivos e a sensibilidade ao stresse. Verifica-se que as primíparas possuem mais AE e que o parto distócico leva a um aumento da sensibilidade ao stresse. Observa-se que as mulheres com patologias médicas, no decurso da

gravidez, demonstram maior AT, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse. Por fim, este estudo permitiu compreender que um TP mais longo leva a aumento da AE.

Globalmente, este estudo contribuiu para maior conhecimento psicológico das puérperas que recorreram à maternidade do hospital, onde decorreu a recolha de dados.

4.3. Limitações

Qualquer investigação possui limitações e esta não é excepção. Uma limitação deste estudo está relacionada com o facto do protocolo de investigação não possuir medida de avaliação relativa à percepção de suporte social. Esta limitação possui duas explicações. A primeira prende-se com a pouca disponibilidade que a mulher demonstra no puerpério, devido às condições físicas que revela. Em situações de protocolos extensivos, com vários instrumentos, diversos investigadores têm referido que a puérpera ou não acede a responder ao questionário, ou desiste a meio do seu preenchimento. A segunda justificação está relacionada com condições externas à investigação, nomeadamente os cuidados que foram necessárias para que o serviço não fosse perturbado. Não obstante as limitações sentidas, investigou-se o suporte social envolvido através de uma questão no protocolo de investigação⁴⁰.

Outra limitação apontada prende-se com a escolha dos instrumentos. Face à panóplia de medidas validas e aferidas para a população de puérperas, optou-se pela DASS e STAI. Possivelmente, os instrumentos não são os mais adequados, mas observou-se vários estudos, referentes a puérperas, em que eram utilizados e, por conseguinte, delineou-se a investigação.

Nesta investigação utilizou-se uma amostra probabilística, não sendo os seus resultados representativos da população em estudo.

Falta mencionar obstáculos relacionados com a amostra, com os critérios de exclusão e inclusão e a dificuldade em alcançar o número de protocolos desejado. Mostrou-se impossível alcançar um número superior de questionários⁴¹, pois na realidade hospitalar onde se recolheu os dados das participantes, havia uma elevada percentagem de mulheres que não possuíam os critérios de inclusão para participarem neste estudo e, perante limitações temporais, apenas foram obtidos 200 protocolos de investigação.

⁴⁰ A questão do protocolo de investigação era: “*Quem acompanhou a mulher durante o trabalho de parto?*”

⁴¹ No início da aplicação dos questionários pretendia-se recolher cerca de 380 protocolos, sendo o número de participantes sugerido por Almeida e Freire (1997).

4.4. Sugestões

Em futuros estudos, seria importante investigar, em conjunto com a ansiedade, a depressão e o stresse, a variável suporte social e observar como se relacionam. Também mostra-se pertinente contemplar o porquê do grupo de mulheres casadas apresentarem índices superiores de depressão, tal como se verificou nos resultados desta investigação,

Outra situação interessante prende-se com o facto das mulheres que estiveram sozinhas durante o trabalho de parto apresentarem índices de ansiedade significativamente inferiores aos das mulheres que foram acompanhadas por elementos significativos. Tais factos poderão servir como ponto de partida para futuras pesquisas.

Conclusão

O objectivo desta Dissertação foi perscrutar a ansiedade-estado e a ansiedade-traço, os sintomas depressivos e a sensibilidade ao stresse em puérperas de termo. Julga-se que este estudo contribuiu para compreensão dos fenómenos psicológicos relacionados com o desajustamento emocional das puérperas.

Nesta investigação, recorreu-se a uma metodologia consistente, ou seja, utilizaram-se medidas com adequadas propriedades psicométricas, possuindo validade e fidelidade e que se mostraram apropriadas para a população do estudo. Com recurso aos Modelos teóricos da ansiedade-traço e ansiedade-estado de Spielberg, à Teoria dos estados emocionais de Beck e ao Modelo Tripartido para a ansiedade, depressão e stresse de Clark e Watson, operacionalizaram-se os construtos do estudo.

De forma consistente, com os modelos teóricos apontados na revisão da literatura, os resultados demonstraram que as primíparas, no puerpério, apresentaram maior ansiedade-estado, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Em relação ao tipo de parto, verificou-se que o parto distócico levou a um aumento da sensibilidade ao stresse, quando comparado com o parto eutócico, revelando-se, igualmente, estatisticamente significativo.

No que concerne às patologias médicas, observou-se que as puérperas que, no decurso da gestação, tiveram alguma doença apresentaram maior ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse, tratando-se de uma diferença estatisticamente significativa.

Em relação às puérperas que tiveram intervenção na dor no trabalho de parto, esperava-se que demonstrassem maior ajustamento emocional, ou seja, menos ansiedade-estado, ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse. Todavia, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as puérperas que beneficiaram de intervenção na dor e as que não usufruíram.

No que diz respeito às puérperas que tiveram, durante o trabalho de parto, acompanhamento de um elemento significativo, seria esperado que demonstrassem menor ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse. Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que desfrutaram de apoio por parte de um elemento significativo e as que não usufruíram.

Por último, concluiu-se que um trabalho de parto mais longo traduz-se em maior desajustamento emocional, mais concretamente, aumento da ansiedade-estado.

Esta Dissertação suscitou novas questões que poderão ser exploradas. Realça-se, neste âmbito, o facto de as puérperas sem acompanhamento de um elemento significativo durante o trabalho de parto apresentarem índices de ansiedade inferiores aos das mulheres que tiveram a companhia de um elemento que fazia parte do seu suporte social.

Para finalizar, sublinha-se a importância de uma avaliação psicológica após o parto como medida de rastreio, identificação e atempada referenciação da ansiedade e depressão.

Assim, espera-se que este estudo tenha contribuído para a investigação e intervenção dos aspectos psicológicos envolvidos no puerpério, tentando diminuir a incidência das perturbações que ocorrem no pós-parto.

Bibliografia Citada

- Afonso, E. (2000). Dificuldades da mulher no puerpério e apoio nesse período. In.: Ribeiro, J.L., Leal, I. & Dias, M. R.(Eds.). *Psicologia da saúde nas doenças crónicas* (pp. 259-273). Actas do 3.º Congresso de Psicologia da Saúde; Lisboa, Portugal, Fevereiro 23-25, 2000. Lisboa: ISPA.
- Aktan, N. (2010). Funcional status after childbirth and related concepts [versão electrónica]. *Clinical Nursering Research*, 19(2), 165-180.
- Alves, G., Carvalho, M. & Baptista, M. (1999). Estudo das características psicométricas de uma escala de depressão, ansiedade, depressão e stresse em jovens adultos. In A. Soares, S. Araújo & S. Caires (Org.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. IV, pp. 267-275). Braga: APPORT.
- Almeida, L. & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (1ª ed.). Coimbra: APPORT.
- Almeida, V. & Oliveira, A. (2000). Uma intervenção de grupo de apoio com diabéticos em cuidados de saúde primários. In.: Ribeiro, J.L., Leal, I. & Dias, M. R.(Eds.). *Psicologia da saúde nas doenças crónicas* (pp.679-689). Actas do 3.º Congresso de Psicologia da Saúde; Lisboa, Portugal, Fevereiro 23-25, 2000. Lisboa: ISPA
- Amaro, F. (1990). Escala de Graffar. In A.B. Costa *et al.* (Ed.). *Currículos funcionais IIE, II*. Lisboa.
- American Psychiatric Association (2006). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Amorim, I. & Coelho, R. (2008). Diabetes Meliitus tipo 2 e sintomas psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 319-333.
- Antunes, M. & Patrocínio, C. (2007). A malformação do bebé e vivências psicológicas do casal [versão electrónica]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 239-252.
- Association of Reproductive Health Professionals (2006). *Postpartum counseling* [versão electrónica]. www.arphp.org, acedido a 23/11/2009.
- Bale, T. L. (2006). Stress sensivity and the development of affective disorders [versão electronic]. *Hormones and Behavior*, 50, 529-533.
- Baptista, F., Rosas, M. & Silva, J. (2000). Modificações do estilo de vida e redução do risco cardiovascular em hipertensos ligeiros – Um programa multidimensional de intervenção em grupos. *Psicologia da saúde nas doenças crónicas* (pp. 259-273).

- Actas do 3.º Congresso de Psicologia da Saúde; Lisboa, Portugal, Fevereiro 23-25, 2000. Lisboa: ISPA.
- Baptista, M., Baptista, A. & Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão, ansiedade em gestantes [versão electrónica]. *Revista de psicologia da vetor editora*, 7(1), 39-48.
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Revista Psicologia*, 19(1/2), 266-277.
- Baptista, A., Pereira, A., Carvalho, M., Lory, F. & Santos, R. (2001). Aprender a lidar com as dificuldades emocionais. O centro de aconselhamento para estudantes. *Revista de Humanidades e Tecnologias*, 2/5, 227-237.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders – The nature and treatment of anxiety and panic* (2.ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I., Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Biaggio, A. (1999). Ansiedade, raiva e depressão na concepção de C.D. Spielberg [versão electrónica]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), www.hcnet.usp.br/ipq/revista, acessado em 03/03/2009.
- Botelho, T. (2006). *A personalidade da mãe prematura*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Intervenção das Pessoas com Deficiência.
- Boyd, R. & Amsterdam, J. (2004). Mood disorders in Women from adolescence to late life: an overview. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 515-526.
- Britton, J. (2005). Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates [versão electrónica]. *Acta paediatrica*, 94, 1771-1776.
- Caci, H., Baylé, F., Dossios, C., Robert, P. & Boyer, P. (2003). The Spielberg trait anxiety measures more than anxiety [versão electrónica]. *European Psychiatry*, 18, 394-400.
- Campos, D., Amaral, A., Mateus, M. & Faria, A. (2008). Cuidados assistenciais de rotina durante o trabalho de parto. In D., Campos, N., Montenegro & T., Rodrigues (Coord.), *Protocolos de medicina materno-fetal* (2.ª ed., pp. 157-160). Lisboa: Lidel.

- Campos, I. (2008). Sistematização das indicações para cesariana. In D., Campos, N., Montenegro & T., Rodrigues (Coord.), *Protocolos de medicina materno-fetal* (2.^a ed., pp. 192). Lisboa: Lidel.
- Canavarro, M. C. (2008). Uma perspectiva desenvolvimentalista e ecológica sobre a adaptação na transição para a maternidade. Sumário da lição apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, para Professora Agregada. <http://estudogeral.sib.uc.pt>, acedido a 23/08/2010.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Coord.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto editores.
- Cardoso, E. & Clode, N. (2007). Parto instrumental. In N., Clode, C. Jorge & L., Graça (Ed.), *Normas de actuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia* (pp. 91-96). Lisboa: Bayer.
- Carneiro, A., Cabrita, A. & Menaia, M. (2003). *A experiência psicológica da gravidez na mulher seropositiva para o VIH*. Comunicação apresentada no 4.º congresso da HIV-AIDS Virtual Congress, www.aidscongress.net/html/articulos6f63.html. Acedido em 15 de Julho de 2010.
- Carvalho, A., Leal, I. & Sá, E. (2004). Adolescência e gravidez – Auto-estima e ansiedade em grávidas adolescentes. In E. Sá (Ed.), *A maternidade e o bebé* (pp. 45-68). Lisboa: Fim de Século
- Carvalho, S., Murta, I. & Monteiro, M. (1999). Psiquiatria CL e perturbações psíquicas associadas ao puerpério: A psicopatologia no feminino [versão electrónica]. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 2(5), 1-12.
- Cohen, W. & Friedman E. (1983). *Management of labour*. Baltimore: University Park Press.
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *A gravidez - A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto [versão electrónica]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 49-66.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto [versão electrónica]. *Análise Psicológica*, 3(25), 381-398.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos [versão

- electrónica]. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(1), 1-32, <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4646>. Acedido em 31 de Agosto de 2010.
- Cordeiro, J.C. (2002). Perspectivas preventivas em saúde mental. In J.C. Cordeiro (Ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (2ª ed, pp. 83-108). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Correia, M.J. (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In I., Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 49-60). Lisboa: Fim de Século.
- Correia, M.J. (1998). Sobre a maternidade [versão electrónica]. *Análise Psicológica*, 3(16), 365-371. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4646>.
- Costa, H. (2006). A ansiedade e o medo do parto em grávidas com e sem preparação para o parto. In C., Machado, L., Almeida, M. Gonçalves & V., Ramalho (Eds.). *Actas da XI Conferencia internacional Avaliação psicológica: Formas e contextos*; Braga, Portugal, Outubro 5-7, 2006.
- Costa, R., Pacheco, A. & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto [versão electrónica]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(4), 157-165.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A. & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto [versão electrónica]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 159-187.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A. & Pais, A. (2003). Parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação [versão electrónica]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 47-67.
- Cotralha, N. (2007). *Adaptação psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes*. Lisboa: Dinalivro.
- Cruz, M.M. (1990). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica*, 4(8), 367-370.
- D'Oliveira, T. (2007). *Teses e dissertações* (2.ª Edição). Lisboa: Editora RH.
- Dipietro, J., Costigan, K. & Sipsma, H. (2008). Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum [versão electrónica]. *Journal of Psychosomatic obstetrics and gynecology*, 29(2), 115-124.
- Direcção-Geral de Saúde (2001). *Plano Nacional da Luta Contra a Dor* [versão electrónica]. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Faisal-Cury, A. & Menezes, P. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e factores de risco [versão electrónica]. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(3), 171-178.
- Ferreira, L. (1995). A irrealidade de um bebé real: intervenção psicológica. *Análise Psicológica*, 1-2(13), 63-66.
- Figueiredo, B. (2005a). Depressão na gravidez: Quais as consequências para a mãe e o bebé?. In I., Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 23-47). Lisboa: Fim de Século.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Costa, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psychologica*, 11(1), 3-25.
- Figueiredo, B. (2005b). Psicopatologia da maternidade e paternidade [versão electrónica]. *Revista de Estudos da População, Economia e Sociedade*, 12, 83-102.
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2(20), 203-217.
- Figueiredo, B. (2001a). Depressão pós-parto: considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica*, 22(3), 329-339.
- Figueiredo, B. (2001b). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M.C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e maternidade* (161-188). Coimbra: Quarteto Editores.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias* (in) *Adaptativas ao longo da vida* (pp. 349-380). Coimbra: Quarteto Editores.
- Figueiredo, B., Areias, M., Augusto, A., Calheiros, J. & Figueiredo, E. (1992). Depressão pós-parto e interacção precoce. *Jornal de Psicologia*, 10, 13-20.
- Frasquilho, M. (2009). Stress. In Filho, H. C. & Borges, C. F. (Coord.). *Stress, depressão e suicídio – Gestão de problemas de saúde em meio escolar* (pp. 63-81). Lisboa: Coisas de ler.
- Friedman, D. (1974). Conflict behavioral in the parturient. *Actas do 4th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* (pp. 373-375); Tel Aviv, Israel, Outubro 27 – 02 Novembro.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi editores.

- Gouveia, J. P. (2000). Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia (pp. 17-41). In J. P. Gouveia (Ed.). *A ansiedade social: da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Hanas, R. (2007). *Diabetes tipo 1* (3.^a ed.). Lisboa: Lidel.
- Henry, J. & Crawford, J. (2005). The short-form of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample [versão electrónica]. *The British Journal of Psychology*, 44, 227-239.
- Justo, J., Bacelar-Nicolau, H. & Dias, O. (1999). Evolução Psicológica ao longo da gravidez e puerpério: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de psicossomática*, 1, 115-129.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1993). *Pais-bebés: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer.
- Leal, I. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In I., Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.9-19). Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2001). O feminino e o materno. In M. C. Canavarro (Coord.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 51-74). Coimbra: Quarteto Editores.
- Leal, I. (1997). Transformações socioculturais da gravidez e da maternidade: correspondente transformação psicológica [versão electrónica]. In. Ribeiro, J.L. (Ed.). *A psicologia nos sistemas de saúde* (pp. 201-214). *Actas do 2.º Congresso de Psicologia da Saúde*; Braga, Portugal, Fevereiro 27-28 e Março, 01, 1997.
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C. & Piccinini, C. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto [versão electrónica]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2): 247-254.
- Lovibond, P. (1998). Long-term stability of depression, anxiety and stress syndromes [versão electrónica]. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 520-526.
- Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories [versão electrónica]. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- McIntyre, T. (1995). Abordagens psicológicas do sofrimento do doente. In T., McIntyre & C. Vila-Chã (Eds.). *O sofrimento do doente – leituras multidisciplinares* (pp. 17-31). APP: Braga.
- Machado, M. H. (2005). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L., Graça (Coord.), *Medicina materno-fetal* (3.^a ed., pp. 271-280). Lisboa: Lidel.

- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P. & Nicoulin, M. (2000). *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, E., Marques, M. & Tomé, J. (2002). Analgesia epidural obstétrica [versão electrónica]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 18, 163-168.
- Martins, M. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental [versão electrónica]. *Revista Millenium*, 29, 255- 268.
- Mascoli, L. (1990). Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: abordagem psicológica a puérperas em isolamento e no pós-parto distócico. *Análise psicológica*, 4(8), 377-388.
- Meireles, A. & Costa, M. (2005). A experiência da gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção da mudança e a relação com o bebé. *Revista Psicologia*, 18(2), 75-98.
- Miguel, A., Carvalho, M. & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, saúde e qualidade de vida em jovens adultos. In.: Ribeiro, J.L., Leal, I. & Dias, M. R.(Eds.). *Psicologia da saúde nas doenças crónicas* (pp. 125-134). Actas do 3.º Congresso de Psicologia da Saúde; Lisboa, Portugal, Fevereiro 23-25, 2000. Lisboa: ISPA
- Miller, R., Pallant, J. & Negri, L. (2006). Anxiety and stress in the postpartum: is there more to postnatal distress than depression? [versão electrónica]. *BMC Psychiatry*, 6(12), www.biomedcentral.com/1471-244X/612, acedido a 27/07/2010.
- Millis, J. & Kornblith, P.(1992). Fragile beginnings: identification and treatment of postpartum disorders [versão electrónica]. *Health and social work*, 17(3), 192-199.
- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3(25), 399-413.
- Ormonde, L. (1995). Anestesia e cuidados materno infantis. In R., Toscano & A., Barbosa (Coord.). *Dor: Do neurónio à pessoa* (pp. 227-234). Lisboa: Permanyer.
- Oliveira, C., Pedrosa, A. & Canavarro, M.C. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança. Stresse e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In A. Pinto & A., Silva (Coords.). *Stresse e bem-estar* (pp. 59-83). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oxorn, H. (1989). *Trabalho de parto* (5.ª Edição). São Paulo: Roca.

- Pais-Ribeiro, Honrado, A. & Leal, I. (2004a). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond [versão electrónica]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress de Lovibond e Lovibond [versão electrónica]. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pallant, J. (2007). *SPSS – Survival manual* (3ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Parry, B. (1995). Postpartum psychiatric syndromes. In H., Kaplan & B., Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry/VI – Volume I* (6ª ed., pp. 1059-1066). Baltimore: Waverly Company.
- Pavone, M., Purinton, S. & Petersen, S. (2007). Postpartum care and breast-feeding. In K., Fortener, L. Szymanski, H. Fox & E. Wallach, *The John Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics* (3ª ed., pp. 245-252). Baltimore: Wolters Kluwer.
- Paúl, M.C. (1995). Acompanhamento psicológico de doentes crónicos e terminais. In T., McIntyre & C. Vila-Chã (Eds.). *O sofrimento do doente – leituras multidisciplinares* (pp. 33-48). APP: Braga.
- Pedinielli, J.-L. & Bernoussi, A. (2006). *Os estados depressivos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, A. (2006). *SPSS – Guia prático de utilização. Análise de dados para as ciências sociais e psicologia* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, M. (2008). Stresse, coping e desenvolvimento: questões conceptuais e dificuldades metodológicas. *Psychologica*, 48, 175-195.
- Pereira, M. & Canavarro, M.C. (2008). Adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho de mulheres infectadas pelo VIH/Sida. *Psychologica*, 49, 30-55.
- Pit, B. (1985). The puerperium. In R., Priest (Ed.), *Psychological disorders in obstetrics and gynaecology* (147-172). London: Butterwoths.
- Portelinha, C. (2003). *A sexualidade durante a gravidez*. Coimbra: Quarteto.
- Primo, C. & Amorim, M. (2008). Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis e IgA salivar de puérperas [versão electrónica]. *Revista Latino-am de Enfermagem*, 16(1), www.eerp.usp.br/rlae, acedido a 23/11/2008.
- Rahe, R. (1995). Stress and Psychiatry In: H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry/VI – Volume II* (6ª ed., pp. 1545-1559). Baltimore: William and Wikins.

- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A. Irion, O. & Epiney, M. (2009). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous womwn during the postpartum period: a qualitative study (artigo no prelo), *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2009.06.005, retirado em Maio de 2010, de www.elsevier.com/midw.
- Rees, W. (1974). Relationships between premenstrual syndromes and post partum psychiatric disorders. *Actas do 4th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* (pp. 424-427); Tel Aviv, Israel, Outubro 27 – 02 Novembro.
- Relvas, A. P. (2006). *Ciclo vital da família* (4.^a ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2005). Família e stresse: das crises normativas às crises inesperadas. Como intervir numa perspectiva sistémica. In A. Pinto & A., Silva (Coords.). *Stresse e bem-estar* (pp.43-83). Lisboa: Climepsi Editores.
- Rofé, Y. & Lewin, I. (1986). Affiliation in an unavoidable stressful situation: an examination of the utility theory [versão electrónica]. *British Journal of Social Psychology*, 25(2), 118-128.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé* (2^a ed.). Lisboa: Fim de Século.
- Santos, A. & Castro, J. (1998). Stresse [versão electrónica]. *Análise Psicológica*, 4(16), 675-690.
- Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3.^a Edição). Coimbra: Livraria Minerva.
- Serra, A. V. (2005). As múltiplas facetas do stress. In A. Pinto & A., Silva (Coords.). *Stresse e bem-estar* (pp. 17-42). Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, J. (1995). O doente, o sofrimento e os profissionais de saúde: uma experiência hospitalar. In T., McIntyre & C. Vila-Chã (Eds.). *O sofrimento do doente – leituras multidisciplinares* (pp. 99-105). APP: Braga.
- Silva, D. (2006). O inventário de estado-traço de ansiedade - S.T.A.I. In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Coords.). *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 45-60). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sit, D. & Wisner, K. (2009). Identification of postpartum depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 456-468.
- Somerset, W., Newport, D.J., Ragan, K. & Stowe, Z. (2006). Depressive disorders in womem: from menarche to beyond the menopause. In C., Keyes & S., Goodman (Coord.), *Women and depression* (pp. 62-88). New York: Cambridge University Press.

- Sousa, A. (2007). Respostas ao stresse e psicopatologia – Diferenças de género nas respostas comportamentais ao stress e as suas relações com a sintomatologia psicopatológica em adultos. Monografia apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para obtenção do grau de Licenciado, orientada por Marina Carvalho, Lisboa. www.psicologia.com.pt, acedido a 23/08/2010.
- Strongman, K. (1998). *A psicologia da emoção* (4.^a edição). Lisboa: Climepsi.
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e pós-parto. *Análise Psicológica*, 4(8), 389-398.
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina – Modelos teóricos e avaliação [versão electrónica]. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89-98.
- Thompson, A. & Bukowski, R. (2007). Puerperium. In A., Evans (Coord.), *Manual of Obstetrics* (7^a ed., pp. 69-88). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Torre, M. A. (2001). Assistência em cuidados de enfermagem à puérpera numa perspectiva antropológica. Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre, orientada por Clara Araújo, Porto. <http://repositorio-aberto.up>, acedido a 23/08/2010.
- Waldenstrom, U. & Schytt, E. (2008). A longitudinal study of women's memory of labour pain: from 2 months to 5 years after the birth [versão electrónica]. *BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 116 (4), 577-583.
- Wenzel, A., Haugen, E., Jackson, L. & Brendle, J. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum [versão electrónica]. *Journal of anxiety disorders*, 19, 295-311.
- Wolcott, H. & Bailey, K. (2007). Normal Labor. In A., Evans (Coord.), *Manual of Obstetrics* (7.^a ed., pp. 13-37). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Wolpert, L. (2000). *A psicologia da depressão*. Lisboa: Editorial Presença.
- World Health Organization (2010). World health statistics 2010 [versão electrónica]. WHO. www.who.int/, acedido a 02/11/2010.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders* (10.^a ed.). Geneva: WHO.
- Zador, G., Fallman, M. L., Kebbon, M. & Nilsson, B. (1974). Pain and analgesia in childbirth. *Actas do 4th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* (pp. 449-456); Tel Aviv, Israel, Outubro 27 – 02 Novembro.

Bibliografia de Referência

- Bia, F. (2008). A influência do parto no funcionamento sexual feminino – Um estudo piloto. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de Mestre, orientada por Luís Mendes Graça, Lisboa.
- Canavarro, C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental – Uma abordagem ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Costa, C. (2004). Ansiedade na gravidez: Estudo exploratório de possíveis determinantes da ansiedade em grávidas primíparas e múltiparas. Monografia apresentada à Universidade Pessoa para obtenção do grau de Licenciada em Psicologia Clínica, orientada por Luísa Cunha, Porto.
- Ferreira, A. (2007). A depressão no processo de maternidade – Estudo prospectivo de mulheres da 36.^a semana de gravidez, 2.^a e 6.^a semana pós-natal. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre, orientado por Maria Emília Areias.
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Gonçalves, J. (2008). Depressão pós-parto da mãe e retraimento social do bebé. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho para obtenção do grau de Mestre, orientada por Bárbara Figueiredo, Minho.
- Lovibond, P. (1998). Long-term stability of depression, anxiety and stress syndromes [versão electrónica]. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 520-526.
- Pallant, J., Miller, R. & Tennant, A. (2006). Evaluation of the Edinburgh post natal depression scale using rash analysis [versão electrónica]. *BMC Psychiatry*, 6, retirado de www.biomedcentral.com//1471-244X/6/28.
- Primo, J. & Mateus, D. (2008). Normas para a elaboração e apresentação de Teses de Doutoramento (Aplicáveis às Dissertações de Mestrado). Lisboa: Universidade Lusófona e Humanidades e Tecnologias – Reitoria.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2^a ed.). Lisboa: Gradiva.
- Scribe, A. (2010). APA Style Lite for College Papers. [www. Docstyles.com](http://www.Docstyles.com). Retirado a 02/12/2010

Índice Remissivo

A	L
Afecto negativo – 61	Lang, P – 46
Analgesia – 28, 97	Lazarus, R – 57
Ansiedade puerperal – 41	Lovibond & Lovibond – 71
Ansiedade-estado – 44, 92	M
Ansiedade-traço – 44	Maternidade – 24, 26
B	Modelo Tripartido – 60, 95
Beck, A – 49, 98	N
C	Normalidade da amostra – 77
Clark, L – 60, 71, 95	P
D	Parto, experiência do – 31
DASS – 62, 71	perturbação psicológica do – 37
Depressão – 49, 61	tipo de – 27
pós-parto – 31, 39	trabalho de – 26, 29, 98
Disforia pós-parto – 38	Psicologia da gravidez e maternidade – 17,
Distress – 61	22, 62, 102
DSM – 39, 47, 52	Puerpério – 33, 35
E	R
Estádios do nascimento – 26	Rahe, R – 56, 57
Eustress – 55	S
Exclusão, critérios de – 66	Spielberg – 44, 73, 94
G	STAI – 73
Gravidez – 17	Stresse – 54, 59, 60, 61
tarefas psicológicas da – 20	Suporte social - 32
I	V
Inclusão, critérios de – 66	Vaz Serra, A – 58
Izard – 45	W
K	Watson, D – 60, 71, 95
KS, teste – 77	

Apêndices

Apêndice I – Protocolo de Investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Sónia Veríssimo e encontro-me a realizar uma investigação intitulada “*Ansiedade traço e estado, depressão e stresse em puérperas*”, integrada no Mestrado em Psicologia Clínica, Aconselhamento e Psicoterapia, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

O presente questionário pretende correlacionar e comparar, no pós-parto imediato, níveis de ansiedade traço e estado, depressão e stresse nas puérperas.

Gostaria que colaborasse neste estudo, respondendo a algumas questões.

A sua participação é importante, por isso solicita-se que responda com a maior honestidade possível. Não existem respostas certas, nem erradas, pelo que qualquer resposta é considerada correcta, o importante é que responda com sinceridade.

O preenchimento deste questionário é fácil, dura aproximadamente 15 minutos e existem indicações para o fazer, ao longo do mesmo.

As informações obtidas são estritamente confidenciais e o seu resultado será codificado, para posterior tratamento estatístico.

A sua participação é voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Por favor, se tiver alguma dúvida, não hesite em contactar a investigadora pelo telefone 96 681 08 76.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

POR FAVOR, RESPONDA ÀS SEGUINTEs QUESTÕES:

a) Dados Sociodemográficos

1 – Idade: ____ anos

2 – Local de residência:

- ☐ Rural
☐ Urbano
☐ Suburbano

3 – Estado Civil:

- ☐ Solteira
☐ Casada
☐ Viúva
☐ União de facto
☐ Divorciada

4 – Etnia:

- ☐ Caucasiana
☐ Negróide
☐ Asiática
☐ Outra. Qual? _____

5 – Profissão: _____

6 – Situação Profissional:

- ☐ Empregada
☐ Desempregada
☐ Estudante
☐ Trabalhador-estudante
☐ Pensão/Rendimento Social de Inserção

7 – Número de anos de escolaridade: _____

b) Dados Clínicos:

Paridade:

- ☐ Primípara ☐ Multípara

Tipo de parto:

- ☐ Eutócico
☐ Fórceps Motivo: _____
☐ Ventosa Motivo: _____
☐ Cesariana programada Motivo: _____
☐ Cesariana urgente Motivo: _____

Vigilância da gravidez:

- ☐ Sim ☐ Não

Local da vigilância: ☐ Hospital
☐ Centro de Saúde + Hospital
☐ Consultório privado
☐ Outro. Qual? _____

Quem a acompanhou durante o trabalho de parto? ☐ Ninguém
☐ Pai da criança
☐ Mãe
☐ Irmã
☐ Tia
☐ Amiga
☐ Outros. Quem? _____

Há patologia médica associada: ☐ Sim ☐ Não
Se respondeu sim, qual? _____

Teve algum acompanhamento psiquiátrico antes da gravidez: ☐ Sim ☐ Não

Teve algum acompanhamento psiquiátrico durante a gravidez: ☐ Sim ☐ Não

Teve algum acompanhamento psicológico antes da gravidez: ☐ Sim ☐ Não

Teve algum acompanhamento psicológico durante a gravidez: ☐ Sim ☐ Não

C) Informação complementar

Analgesia: ☐ Petidina ☐ Loco-regional ☐ Nenhuma

Anestesia: ☐ Loco-regional ☐ Geral

Duração do trabalho de parto: _____

Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS – 21)

Lovibond & Lovibond

Tradução portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado e Leal

Instruções: Por favor, leia cada uma das afirmações e assinale 0, 1, 2 ou 3 quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1 – Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2 – Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3 – Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4 – Senti dificuldade em respirar	0	1	2	3
5 – Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6 – Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7 – Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8 – Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9 – Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10 – Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11 – Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12 – Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3

13 – Senti-me desmaiado	0	1	2	3
14 – Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15 – Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16 – Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17 – Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18 – Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19 – Senti alterações no meu coração sem fazer exercício	0	1	2	3
20 – Senti-me assustado sem ter uma boa razão para isso	0	1	2	3
21 – Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Charles D. Spielberger

STAI Forma Y-1

Forma adaptada: Danilo R. Silva e Sofia Correia

E__

T__

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos neste momento.

		Nada	Um pouco	Moderada	Muito
1.	Sinto-me calma	1	2	3	4
2.	Sinto-me segura	1	2	3	4
3.	Estou tensa	1	2	3	4
4.	Sinto-me esgotada	1	2	3	4
5.	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6.	Sinto-me perturbada	1	2	3	4
7.	Presentemente, ando preocupada com desgrças	1	2	3	4
8.	Sinto-me satisfeita	1	2	3	4
9.	Sinto-me assustada	1	2	3	4
10.	Estou descansada	1	2	3	4
11.	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12.	Sinto-me nervosa	1	2	3	4
13.	Sinto-me inquieta	1	2	3	4
14.	Sinto-me indecisa	1	2	3	4
15.	Estou descontráida	1	2	3	4
16.	Sinto-me contente	1	2	3	4
17.	Estou preocupada	1	2	3	4
18.	Sinto-me confusa	1	2	3	4
19.	Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
20.	Sinto-me bem	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Forma Y-2

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente em geral. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente geralmente.

		Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemen te	Quase sempre
21.	Sinto-me bem	1	2	3	4
22.	Sinto-me nervosa e inquieta	1	2	3	4
23.	Sinto-me satisfeito comigo própria	1	2	3	4
24.	Quem me dera ser feliz como os outros parecem sê-lo	1	2	3	4
25.	Sinto-me uma falhada	1	2	3	4
26.	Sinto-me tranquila	1	2	3	4
27.	Sou calma, ponderada e senhora de mim mesmo	1	2	3	4
28.	Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que não consigo resolvê-las	1	2	3	4
29.	Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30.	Sou feliz	1	2	3	4
31.	Tenho pensamentos preocupantes	1	2	3	4
32.	Não tenho muita confiança em mim	1	2	3	4
33.	Sinto-me segura	1	2	3	4
34.	Tomo decisões com facilidade	1	2	3	4
35.	Muitas vezes sinto que não sou capaz	1	2	3	4
36.	Estou contente	1	2	3	4
37.	Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem	1	2	3	4
38.	Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los	1	2	3	4
39.	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
40.	Fico tensa ou desorientada quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes	1	2	3	4

Apêndice II – Submissão do Projecto de Investigação à Comissão de Ética

HOSPITAL FERNANDO FONSECA

Comissão de Ética para a Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a) Nome do Investigador Sónia Margarida Alberto
Correia Veríssimo

b) Título do Projecto (de estudo, investigação, etc.)
"Ansiedade-traço e estado, depressão e
stress em puérperas"

c) Serviço Hospitalar onde o Projecto será executado Serviço de
obstetrícia

d) Existem outros Centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação
será feita?

Sim ☐

Não ☒

Em caso afirmativo indique-os _____

e) Descreva sucintamente os objectivos da investigação Avaliar,
comparar e correlacionar, no pós-parto,
o nível de ansiedade-traço e estado,
depressão e stress em puérperas
de termo com variáveis sociodemográficas

f) A Investigação proposta envolve:

Exames complementares - indique o tipo, frequência e quantidade de amostra.
Especifique se estes exames são feitos especialmente para esta investigação ou
se seriam executados no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar aos
doentes.

Não é necessário nenhum exame
complementar.

g) Questionários:

A quem são feitos PuérperasComo será mantida a confidencialidade Não será solicitada a identificação nos questionários.

(Nota : Junte um exemplar do questionário que será utilizado)

ENSAIOS CLINICOS DE NOVOS FÁRMACOS

a) Tipo de ensaio

Fase III ☐Fase IV ☐Marketing ☐

b) Tipo de fármaco:

Nome(s) genérico(s) _____

Grupo farmacológico / terapêutico _____

Aprovação noutros países _____

Aprovação pela Direcção Geral de Assuntos Farmacêuticos (DGAF) :

- | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| - Fármaco | Aprovado ☐ | Não Aprovado ☐ |
| - Forma medicamentosa | Aprovado ☐ | Não Aprovado ☐ |
| - Indicação terapêutica contemplada na investigação | Aprovado ☐ | Não Aprovado ☐ |
| - Posologia contemplada na investigação | Aprovado ☐ | Não Aprovado ☐ |
| - Via de administração contemplada na investigação | Aprovado ☐ | Não Aprovado ☐ |

Tipo de Ensaio

Comparação com placebo ☐Comparação com fármaco padrão ☐Ensaio em dupla ocultação ☐Ensaio aberto ☐

Outro _____ tipo (especifique)

Notas.

- 1 - No caso de medicamentos já aprovados pela DGAF, junte a bula oficial do produto comercializado;

- 2 - No caso de medicamentos ainda não aprovados pela CTNM, junte documento do fabricante, certificando a segurança do produto donde conste a posologia e vias de administração recomendadas, bem como as indicações terapêuticas.

JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO

Descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação.

Indique em particular:

- se a investigação já foi feita anteriormente com seres humanos, qual o motivo que justifica a sua repetição;
- no caso da investigação nunca ter sido realizada em seres humanos, se o problema foi devidamente estudado a nível experimental de modo a

optimizar os aspectos analíticos e técnicos e avaliar os possíveis efeitos adversos.

No pós-parto há um aumento do nível de ansiedade. Sintomas depressivos e sensibilidade ao stress, havendo maior probabilidade de ocorrerem quadros emocionais disfuncionais. Pretende-se com instrumentos psicológicos (STAY e PASS) avaliar aspectos da saúde mental das puerperas. Sabendo-se que estes instrumentos já foram aplicados a adultos e, nesta investigação, pretende-se relacioná-los com variáveis sociodemográficas.

DOENTES ABRANGIDOS NA INVESTIGAÇÃO

Número 150-200

As mulheres grávidas são excluídas?

Sim ☒

Não ☐

Indique como se processará o recrutamento de doentes: As puerperas internadas no serviço, será solicitada a colaboração, após leitura do consentimento informado.

CONTROLES

Número _____

Indique como serão escolhidos _____

DESCRIÇÃO RESUMIDA DO PLANO DA INVESTIGAÇÃO :

A cada puérpera que autorize participar será solicitado que responda a 2 instrumentos de avaliação psicológica. Posteriormente será elaborado tratamento estatístico para confirmar ou rejeitar hipóteses.

ENUMERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, EXAMES OU SUBSTÂNCIAS QUE IRÃO SER ADMINISTRADAS AOS DOENTES (dietas especiais, medicamentos, radionúcleos, etc.)

- ver respostas anteriores -

RISCO / BENEFÍCIO

a) Que riscos ou incómodos podem ser causados aos doentes pelo estudo?

Nenhuns

b) Que benefícios imediatos poderão advir para os doentes pela sua presença em particular no estudo?

Conhecer o seu estado de saúde mental

c) Considera que os meios utilizados no estudo podem violar a privacidade do doente?

Sim ☐Não ☒

Em caso afirmativo, indique que medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade. _____

- d) Os doentes que não aceitarem participar no estudo, ficarão por esse facto, prejudicados em termos de assistência médica, relativamente aos participantes ?
- Sim ☐ Não ☒

CONSENTIMENTO

- a) Que tipo de consentimento se irá obter dos doentes:
- Expresso ☒ Por escrito ☐

Nota : descreva o esclarecimento que irá ser dado ao doente (ou seu representante legal)

Encontra-se em Anexo, conforme Modelo
solicitado pelo Hospital.

(Se o consentimento é por escrito, junte uma cópia do impresso a ser assinado pelo doente, para esse fim)

- b) A investigação ou estudo envolve:

- | | | |
|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| - Menores de 14 anos | Sim ☐ | Não ☒ |
| - Inimputáveis | Sim ☐ | Não ☒ |

Em caso afirmativo, que medidas estão previstas para respeitar os seus direitos e obter o seu consentimento esclarecido ou dos seus representantes legais ?

RELATIVAMENTE AO ESTUDO

- a) Data prevista do início 27 / 03 / 2010
Data prevista da conclusão 11 / 04 / 2010

- b) Pagamento aos doentes:

- | | | |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Pelas deslocações | Sim ☐ | Não ☒ |
| Pelas faltas de Serviço | Sim ☐ | Não ☒ |
| Por danos resultantes da sua | Sim ☐ | Não ☒ |

participação no estudo

Em caso afirmativo especifique a entidade que assume a responsabilidade das indemnizações: _____

Outros pagamentos (especifique) _____

N.B. Nos termos do n.º 1, art.º 12.º do Dec. Lei n.º 97/94, de 9 de Abril, a participação de sujeitos em ensaios clínicos, não pode ser remunerada.

c) Do estudo, que espécie de benefícios financeiros resultarão para o investigador e/ou instituição? Especifique em caso afirmativo. _____

Nenhuns

d) Os dados obtidos, constituíram propriedade exclusiva da companhia farmacêutica ou outra entidade?

Sim ☐

Não ☒

TERMO DE RESPONSABILIDADE

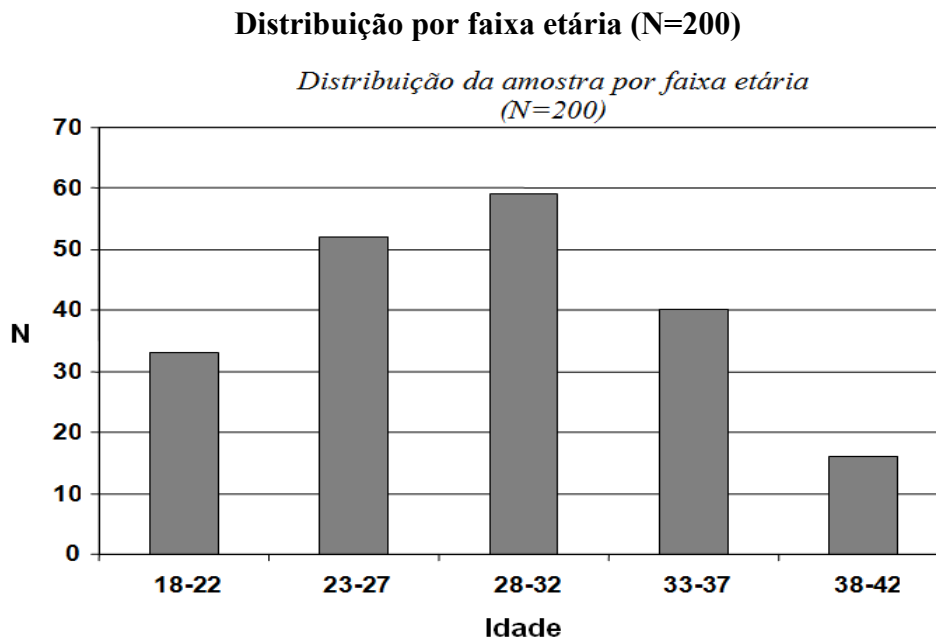
Data do pedido de aprovação 02 / 12 / 2009

Eu, _____ abaixo assinado _____, na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia II e da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Sónia Margarida Alberto Correia Veríssimo

Lisboa, 02 de Dezembro de 2009

Ps → Conforme acordado com Directora do Serviço, a investigação não irá interferir com a actividade assistencial às puérperas e respectivos Recém-nascidos.

Apêndice III – Distribuição por faixa etária

Em relação à distribuição por faixa etária, as 200 mulheres foram agrupadas da seguinte forma: no grupo etário que vai dos 18 aos 22 anos, há 33 participantes e no segmento 23-27 anos existem 52. Na classe constituída por idades compreendidas entre os 28 e os 32 anos encontra-se a maioria das mulheres ($M = 28$; $DP = 5,87$), na medida em que se verificam 59 participantes. A faixa etária compreendida entre os 33 anos e os 37 é constituída por 40 puérperas. Para finalizar, o escalão 38-42 anos é composto de 16 mulheres, sendo o grupo etário com menos representatividade.

Anexos

Anexo I – Pedido de utilização da DASS

ASSUNTO: Re:

DATA: Wed, 18 Nov 2009 10:07:26 -0000 [10:07:26 WET]

DE: José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

PARA: sonia.alberto@sapo.pt

autorizo a utilização da escala pedida abaixo

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://paisribeiro.googlepages.com/>

[Esconder Texto Citado]

Ex.mo Senhor

Professor José Pais-Ribeiro

O meu nome é Sónia Alberto, sou Psicóloga e aluna do Mestrado em Psicologia Clínica, Aconselhamento e Psicoterapia na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Encontro-me em fase de elaboração do projecto de tese, envolvendo a ansiedade, o stress e a depressão no puerpério, com orientação do Professor Edgar Pereira.

Venho por este meio solicitar autorização ao Professor para utilizar a DASS, como medida de avaliação. A referência aos autores é mencionada no trabalho.

Com os melhores cumprimentos

Sónia Veríssimo
966810876

Anexo II – Utilização da DASS em puérperas

ASSUNTO: Re: Pedido de informação

DATA: Sat, 21 Nov 2009 15:33:57 -0000 [21-11-2009 15:33:57 WET]

DE: José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

PARA: sonia.alberto@sapo.pt

Sim. Temos utilizado o questionário com pessoas mais velhas e é adequado. A questão principal, que é comum a todos os questionários é o nível de literacia do respondente

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://paisribeiro.googlepages.com/>

[Esconder Texto Citado]

Ex.mo Professor;

José Pais-Ribeiro

O meu nome é Sónia Alberto, mestranda em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia e enviei um mail ao Professor a solicitar a utilização da DASS (com autorização afirmativa).

Pretendo utilizá-la em puerperas, com idades compreendidas entre os 18 e 40 anos.

Contudo, no estudo psicométrico, a amostra abrangeu uma faixa etária compreendida entre os 18 aos 23 anos.

No meu ponto de vista, a amostra trata-se de uma população adulta e possível aplicar na faixa etária das minhas participantes.

Venho por este meio solicitar ao Professor alguma explicação nesta dúvida.

Com os melhores cumprimentos

Sónia Veríssimo

966810876

Anexo III – Pedido de utilização da STAI

ASSUNTO: RE: Pedido de autorização

DATA: Sun, 15 Nov 2009 00:02:04 +0000 [15-11-2009 00:02:04 WET]

DE: Ana Sofia Correia dos Santos <sosantos@fp.ul.pt>

PARA: sonia.alberto@sapo.pt <sonia.alberto@sapo.pt>

Olá,

Não vejo inconveniente nenhum em que utilize o instrumento desde que devidamente referenciado. De qualquer modo, acho que devia antes pedir também autorização ao primeiro autor do trabalho.

Bom trabalho, com os melhores cumprimentos

Ana Sofia Santos
Professora Auxiliar
Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

De: sonia.alberto@sapo.pt [sonia.alberto@sapo.pt]

Enviado: sábado, 14 de Novembro de 2009 22:55

Para: Ana Sofia Correia dos Santos

Assunto: Pedido de autorização

Ex.ma Mestre Sofia Santos

O meu nome é Sónia Alberto, sou aluna do Mestrado em Psicologia Clínica, Aconselhamento e Psicoterapia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e encontro-me em fase de apresentação do projecto de pré-tese, tendo como orientador o Professor Edgar Pereira.

Pretendo realizar uma investigação no âmbito do puerpério, envolvendo variáveis como ansiedade, pós-parto e experiência positiva.

Para avaliar a ansiedade traço e estado, gostaria de utilizar o STAI Y1/Y2, cuja adaptação pertence aos autores Danilo Silva e Sofia Correia.

Venho por este meio solicitar autorização para utilizar o questionário de auto-avaliação de Spielberger, na minha tese.

Com os melhores cumprimentos.

Sónia Alberto
96 681 08 76

Anexo IV – Pedido de utilização da STAI

ASSUNTO: RE: Pedido de informação

DATA: Sat, 21 Nov 2009 09:23:58 +0000 [21-11-2009 09:23:58 WET]

DE: Ana Sofia Correia dos Santos <sosantos@fp.ul.pt>

PARA: sonia.alberto@sapo.pt <sonia.alberto@sapo.pt>

Pois, não tenho outro contacto. Mas penso que ele não verá inconveniente em que use a adaptação. Se deixou o email e ele não respondeu é porque provavelmente não vê os emails tão assiduamente.

Com os melhores cumprimentos
Sofia

De: sonia.alberto@sapo.pt [sonia.alberto@sapo.pt]

Enviado: sexta-feira, 20 de Novembro de 2009 23:36

Para: Ana Sofia Correia dos Santos; Ana Sofia Correia dos Santos

Assunto: Pedido de informação

Ex.ma Professora

Sofia Correia

Sou aluna de mestrado em Psicologia Clínica, Aconselhamento e Psicoterapia e solicitei a sua autorização para utilização da STAI y 1/2, na tese. Foi

autorizada pela professora, desde que houvesse referência ao autor. A Professor mencionou que deveria, igualmente, pedir autorização ao Professor Danilo Silva.

O único contacto que obtive foi danilo@fpce.ul.pt e enviei um mail a solicitar autorização. Contudo, o Professor ainda não respondeu e venho por este meio perguntar se sabe outro e-mail ou forma de falar com o Professor.

Com os melhores cumprimentos

Sónia Alberto
966810876

Anexo V – Autorização da Comissão de Ética



Exm^a Senhora

Dr.^a Sónia Veríssimo

Amadora, 3 de Maio de 2010

Vimos por este meio informar que relativamente ao Projecto de Investigação "Ansiedade traço e estado, depressão e stress em puérperas" do qual é investigadora principal foi aprovado na reunião da CES de 22 de Fevereiro.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente da Comissão de Ética do HFF

Prof. Vítor Gil