



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Bonding Materno: um estudo com mães adultas e mães adolescentes

Iolanda Luís Gonçalves Machado (e-mail:
iolanda_machado3@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde – Subárea de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação do Professor Doutor Rui Paixão

Bonding Materno: um estudo com mães adultas e mães adolescentes

Resumo: A presente investigação visa explorar múltiplas variáveis (sociodemográficas, clínicas e satisfação com o suporte social) na relação com o *bonding* materno.

O nosso principal objetivo foi perceber quais as diferenças entre as mães adultas e as mães adolescentes relativamente à forma como se vinculam (*bonding*) ao seu bebé, para isso procedemos às entrevistas de 57 mães, em que 29 são mães adultas e 28 são mães adolescentes.

Consoante os nossos resultados, pudemos inferir que as mães adolescentes apresentam valores de *bonding* inferiores aos valores das mães adultas. Quando comparamos o *bonding* com o suporte social também verificamos que as mães adolescentes apresentam valores de perceção do suporte social inferiores aos valores das mães adultas. Deste modo, a relação mãe-bebé vai sendo fortalecida consoante aumenta a idade das mães e a perceção que as mesmas têm em relação ao suporte social.

Palavras-chave: Adolescência; Mães Adolescentes; Mães Adultas; *Bonding*; Satisfação com o Suporte Social.

Maternal Bonding: A study with adult mothers and adolescent mothers

Abstract: The present investigation pretends to explore multiple variables (sociodemographic, clinic, and satisfaction with social support) and its relation to maternal bonding.

Our main goal was to understand which are the differences between adult mothers and teenage mothers as how they are bond to their baby. We interviewed 57 mothers, in which 29 are adult mothers and 28 are adolescent mothers.

From our results, we infer that teenage mothers have lower values than adult mothers on bonding. When we compare bonding with social support we also found that teenage mothers have lower values of social support perception relatively to adult mothers. We also conclude that mother-baby relationship and social support perception will be strengthened as mothers grow older.

Key Words: Adolescence; Adult Mothers; Bonding; Teenage-Mothers; Satisfaction with Social Support.

Agradecimentos

Este foi um trabalho que não teria sido possível sem todas as pessoas a quem vou referir a seguir. Desde já um sincero obrigado por tudo o que fizeram por mim.

Em primeiro lugar quero agradecer a minha família por todos os esforços que fizeram para me manterem a estudar em Coimbra. Um muito obrigado por todo o apoio que me deram ao longo destes tempos difíceis e de inseguranças, foram sem dúvida uma fonte de suporte inestimável.

Quero agradecer a todas as minhas “ninas” Andreia, Cheila, Joana, Lila, Mafalda, Marta, Patrícia, Paula e Rita pelo apoio que me proporcionaram, pois sem elas não seria possível manter-me segura como me sinto hoje. Um sincero obrigado por todos os momentos partilhados com elas.

Agradeço à Dr.^a Rita Pinheiro e à Dr.^a Cristina Perestrelo por toda a paciência e dedicação que me deram. Sem elas, o caminho para a concretização deste trabalho teria sido mais difícil.

Agradeço também ao Professor Rui Paixão por todos os ensinamentos que me transmitiu, por todas as vezes que me deu indicações para melhorar o meu trabalho e principalmente pela sua disponibilidade para me ajudar.

Por último, fica um agradecimento à Faculdade de Psicologia e Ciências da educação da Universidade de Coimbra pelos anos maravilhosos que me foram proporcionados nesta instituição.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Conceptual	3
1.1. Vinculação	3
1.2. Vinculação maternal ao bebé	4
1.3. Suporte Social	5
1.4. Suporte Social e maternidade	6
II. Objectivos	7
III. Metodologia	8
3.1. Amostra	8
3.2. Instrumentos	9
3.3. Procedimentos	11
IV. Resultados	12
V. Discussão	22
VI. Conclusões	27
Bibliografia	
Anexos	

Introdução

A maternidade na adolescência é um tema bastante abordado pela literatura. A adolescência é uma fase marcada por grandes desafios desenvolvimentais, assim como a maternidade. Portanto quando estas duas etapas na vida de uma mulher se cruzam, os desafios desenvolvimentais serão ainda maiores. A maternidade neste período de vida da jovem adolescente poderá prejudicar a resolução positiva das tarefas desenvolvimentais da adolescência ou da maternidade, dificultando, desta forma, a adaptação da mulher (Soares, 2001).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1986), a adolescência compreende um período entre os 10 e os 19 anos de idade, desencadeando mudanças corporais e fisiológicas provenientes da maturação fisiológica. Constitui-se como um processo dinâmico de passagem entre a infância e a idade adulta, e uma fase marcada por profundas transformações físicas, psicológicas e sociais que possibilitam o aparecimento de comportamentos irreverentes e o questionamento de modelos e padrões infantis, que são necessários ao próprio crescimento. As modificações em torno do corpo transportam mudanças no plano psicossocial da adolescente, sendo-lhes exigido que aceitem a sua nova representação corporal e que redefinem a sua identidade, sendo que tudo isto gera a crise da adolescência (Carvalho, Leal, & Sá, 2004).

Atualmente nas sociedades ocidentais, ao contrário das sociedades ditas primitivas onde se encorajava, precocemente, o processo de autonomia e independência, a tendência é prolongar cada vez mais a dependência económica dos filhos, relativamente à sua família de origem. Assim a maternidade na adolescência, surge na nossa sociedade como um grave problema, dado que determina um vasto conjunto de consequências adversas quer para a mãe, quer para o bebé, podendo criar situações de marginalização da família, escolar e de trabalho das adolescentes (Figueiredo, 2000).

Quando se fala em maternidade, por si só, sabe-se que é um processo que exige novas adaptações na vida da mulher, que se verificam a nível corporal como da conseqüente alteração dos papéis. Todo o processo da maternidade representa uma crise devido às transformações que a ela se acarretam. Assim, quando a maternidade se verifica na adolescência poderá representar uma crise com uma dimensão mais vasta, pois são duas fases da vida que são marcadas por dois momentos de crise. Sendo a gravidez um desafio na vida de uma mulher, para uma adolescente a crise é reforçada por ocorrer num período de mudança física e emocional (Carvalho, Leal, & Sá, 2004).

Sendo a adolescência uma fase de novas descobertas e de procura de autonomia, marcada pela construção da identidade onde a pessoa se confronta com diferentes rumos para a sua vida, tanto no domínio relacional, afetivo, ocupacional, a maternidade vem redefinir todos estes domínios de

forma negativa, obrigando a adolescente a fazer um reajuste na sua trajetória desenvolvimental individual (Soares, 1996). Estes reajustes podem levar a situações de abandono escolar ou menor progressão educativa, maior pobreza socioeconómica, dificuldades profissionais (desemprego), sociais (monoparentalidade e isolamento social) e psicológicas (por exemplo, depressão, baixa autoestima e outros problemas psicológicos). Assim, a vivência da maternidade na adolescência implica, sobretudo, dificuldades ao nível do ajustamento emocional (Thomas & Rickel, 1995). As dificuldades acima mencionadas justificam-se pelo facto da mulher adolescente estar a adaptar papéis não-normativos para a sua idade, visto que a maternidade obriga a jovem a desinvestir de um conjunto de outros papéis, de forma acelerada e não programada (Mendes, 2007).

Quando comparadas com mães adultas, as mães adolescentes revelam comportamentos parentais menos adequados, nomeadamente, baixa responsividade e estimulação verbal, menores expectativas desenvolvimentais e mais restrição com os filhos (Carlos, Pires, Cabrita, Alves, Araújo, & Bentes, 2007).

Ainda comparando mães adultas e mães adolescentes, verifica-se que as mães adolescentes têm mais dificuldades sociais, relacionais e psicológicas. Nas dificuldades sociais refere-se a menor progressão escolar/profissional, desemprego, emprego mal remunerado ou grande instabilidade no emprego, o que resulta em condições precárias ou de baixo rendimento económico. Relativamente às dificuldades relacionais surgem problemas no relacionamento com o parceiro e separação que conduzem a situações de *stress* relacional e monoparentalidade (Figueiredo, Pacheco, & Magarinho, 2005). Deparadas com estas dificuldades, as mães adolescentes poderão desenvolver um vínculo mãe-bebé desadequado comparativamente às mães adultas, uma vez que o desamparo emocional é frequentemente encontrado nestas jovens, gerando uma ansiedade que poderá interferir na relação com o seu bebé (Mendes, 2007).

Segundo Carlos et al., (2007), o suporte social faz toda a diferença na forma como as mães adolescentes vão vivenciar a maternidade. A privação de suporte por parte da família associa-se, nestas adolescentes, a um sentimento de autodesvalorização, desespero e de abandono. Quando se verifica o oposto, recebem suporte da família, do companheiro, dos amigos e de profissionais, as jovens mães adolescentes tendem a sentir-se mais confiantes, seguras e mais felizes, contribuindo para uma melhor aceitação da maternidade.

Conclui-se, por conseguinte, que são muito diferentes as circunstâncias em que usualmente ocorre a maternidade na adolescência, comparativamente à mesma situação na idade adulta, em diversos domínios, não só por serem mais correntes as situações de precariedade social e económica, como também por serem geralmente menos favoráveis as condições do ponto de vista psicológico e relacional, e ainda por todo um conjunto de antecedentes de vida, presentes em muitas mães adolescentes.

I – Enquadramento conceptual

1.1 Vinculação

A teoria da vinculação teve a sua origem nos primeiros trabalhos desenvolvidos por Bowlby na década de 50 do século XX. Os seus trabalhos contribuíram para uma compreensão da origem e desenvolvimento dos padrões de relacionamento que se vão estabelecendo ao longo do nosso percurso desenvolvimental, dando ênfase à primeira relação que a criança desenvolve com as figuras de vinculação (Bowlby, 1988).

Criar um vínculo com alguém é um processo vital desde o início da vida. Todo este processo contribui para que o desenvolvimento seja feito de forma saudável, permitindo que o sujeito se torne mais capacitado para enfrentar o mundo, lidando com as várias situações, através de recurso psicológicos próprios, construídos a partir de relações significativas (Bowlby, 1976; Figueiredo, 2003). Geralmente, a pessoa que se encontra mais próxima da criança assume o papel de figura de vinculação, proporcionando a segurança e proteção que a mesma necessita (Ainsworth, 1982; Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003). As relações de vinculação envolvem a procura da proximidade e da proteção do adulto em caso de aflição. O estabelecimento de uma vinculação segura a um ou mais adultos só poderá acontecer se os adultos estabelecerem com o bebé interações de qualidade (Pimentel, 2011). Toda esta informação é organizada em modelos internos dinâmicos que se constituem como representações generalizadas do Self das figuras de vinculação e das relações (Soares, 2001).

A vinculação é um processo que se desenvolve ao longo do tempo, tendo na sua base uma construção progressiva e tendo início durante a gravidez. A mãe cria as condições psicológicas, nomeadamente, cria um espaço mental, uma representação progressiva do bebé (bebé imaginário) que, aquando do seu nascimento, promove e facilita o seu envolvimento afetivo e a interação entre ambos (Zimerman, 2010). Desta forma, a relação de vinculação distingue-se das outras relações sociais, definindo-se por quatro características particulares: a procura de proximidade, o conceito de base segura, a noção de comportamento de refúgio e as reações marcadas perante a separação (Ainsworth, 1989).

O vínculo mãe-bebé resulta de uma sequência de desenvolvimento que ocorre entre a criança e a mãe consoante a adaptação de um ao outro. Para a criança a evolução de uma relação específica com um adulto é um processo longo e contínuo (Spinner, 1978). Segundo a mesma autora, numa primeira fase, a criança desenvolve, uma capacidade de individualização, em resposta às suas necessidades básicas como a fome, sede, sensações de frio e calor e seguir visualmente uma pessoa. Numa segunda fase, a criança desenvolve a capacidade de resposta social. Ao desenvolver esta capacidade, a criança adquire a competência de saber discriminar as pessoas de objetos inanimados. Na terceira fase, surgem as respostas “sociais” da criança ao adulto, como o sorriso, o carinho ou mesmo a birra. A manifestação deste comportamento permite que a criança crie, ou não, vínculos com pessoas

Bonding Materno: um estudo com mães adultas e mães adolescentes

Iolanda Machado (iolanda_machado3@hotmail.com) 2014

fora da tríade. Neste contexto, a criança aprende a discriminar as pessoas consoante o vínculo que desenvolve com elas. Na quarta e última fase a criança desenvolve expectativas relativamente a uma figura que lhe seja familiar, não sendo necessariamente os seus pais. Assim, através da receção contínua de estímulos por uma pessoa familiar, a criança aprende a desenvolver um sentimento de confiança, sendo este fundamental para a concretização de relações interpessoais no futuro. O desenvolvimento deste sentimento de confiança ocorre entre os seis e os nove meses, permitindo à criança discriminar figuras que não lhe sejam familiares.

Em suma, “o comportamento de vinculação como uma componente essencial do sistema comportamental humano, a par, por exemplo, do comportamento sexual e do comportamento alimentar, tendo como função biológica a proteção, não só na infância mas ao longo do ciclo de vida” (Bowlby, 1982, p.225).

1.2 Vinculação materna ao bebé

Quando se fala em vinculação materna, devemos utilizar o termo “*Bonding*” para abordar esta problemática. Pois, “*Bonding*” refere-se a uma relação única específica e duradoura que se configura entre a mãe e o bebé (Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2009).

Esta ligação mãe-bebé (*Bonding*) tem sido descrita considerando dois aspetos fundamentais que se relacionam entre si: preocupações e ações da mãe relativamente ao bem-estar e à segurança da criança, bem como o laço afetivo que a mãe cria com a criança e o lugar que ela representa no seu mundo interior (Klaus & Kennell, 1976; Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2009). Segundo os mesmos autores, esta ligação mãe-bebé é vista como um laço emocional único e específico, que se mantém a longo prazo, e que se estabelece desde os primeiros contatos da mãe com o bebé. Assim, à medida que a proximidade e o contato entre a mãe e a criança se vão desenvolvendo, vai-se verificando uma interação mãe-bebé mais adequada, o que porventura leva a um bom desenvolvimento da criança. Ainda, a riqueza desta ligação permite que a criança tenha a capacidade de formar e manter boas ligações ao longo da vida (Klaus, Kennell & Klaus, 1995; Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2009).

Segundo George e Solomon (1999) o sistema de vinculação materna é um processo bidirecional que se desenvolve numa interação constante com o sistema de vinculação do bebé e tem a mesma função adaptativa: proporcionar a proteção e a sobrevivência do bebé. A vinculação materna e a vinculação da criança são processos interdependentes, uma vez que um é determinado e desenvolvido pelo estabelecimento do outro. Quer isto dizer que na medida em que a criança vai exibindo a sua ligação/vinculação com a mãe, a mãe começa a ter uma melhor perceção da forma como se poderá vincular ao seu filho. Assim, a vinculação materna é um processo que se desenvolve progressivamente e que não está completamente estabelecido após o nascimento. Logo, a interação que estas vão ter com os seus filhos a seguir ao parto é que determinará a forma como a vinculação mãe-bebé se

Bonding Materno: um estudo com mães adultas e mães adolescentes

Iolanda Machado (iolanda_machado3@hotmail.com) 2014

vai desenrolar (George et al., 1999). Uma vez que são os primeiros contactos com o bebé que determinam a forma como a vinculação se vai originar, é necessário ter em conta todos os fatores psicológicos e comportamentais que se precedem na vida destas mães (Figueiredo, 2005). Segundo Diener, Isabella, Behunin, & Wong (2008), existem vários fatores psicológicos que parecem condicionar a forma como o envolvimento emocional da mãe com a criança se inicia. De acordo com os mesmos autores, mães que possuam relações mais positivas e íntimas e beneficiem de maior suporte por parte dos parceiros, apresentam padrões de vinculação mais seguros, que por consequência fará com que a vinculação ao bebé seja mais favorável. Por outro lado, mães que tiveram experiências inconsistentes na sua infância tendem a adotar um comportamento em relação ao bebé mais instrumental e menos afetuoso (Krupan, Coombs, Zinga, Steiner, & Fleming, 2005). Vários estudos referem que o estado emocional da mulher a seguir ao parto vai influenciar a forma como ela se vai vincular ao seu bebé (Figueiredo, 2003). Portanto, se uma mulher apresentar sintomas depressivos vai ter mais dificuldade em se vincular ao seu bebé, podendo mesmo exibir comportamentos de desinteresse, indiferença e falta de amor (Taylor, Atkins, Kumar, Adams, & Glover, 2005).

“Quando chega o momento de dar à luz, a mãe tem de estar pronta para criar novos laços e também de mostrar-se tremendamente disponível para entrar na *doença normal* (Winnicott, 1989), um estado de envolvimento total, no qual as mães conseguem ‘andar pelos pés do bebé’” (Brazelton & Cramer, 1989, p.44).

1.3 Suporte Social

O suporte social influencia o estado de saúde do indivíduo, assim promovendo a ação funciona como um amortecedor das consequências de diferentes acontecimentos traumáticos na vida dos indivíduos (Baptista, 2005). Constitui-se, portanto, como uma variável que visa promover a saúde e que contribui para a diminuição de *stress*, impedindo o desenvolvimento de doenças e contribuindo para a recuperação da doença. Tem como fundamento promover o bem-estar da pessoa (Cobb, 1976).

É um constructo multidimensional, que se liga aos recursos materiais e psicológicos promovidos pelas redes sociais de cada indivíduo. O conceito de redes sociais foi originalmente desenvolvido no âmbito da sociologia antropológica com base na ideia de que as redes sociais, de certa forma, exercem algum poder sobre o comportamento social das pessoas envolvidas nessas mesmas redes (Siqueira, 2008). O grande papel destas redes na construção social incide na conjectura de que preenchem as necessidades individuais, criando, para as pessoas que as integram, inúmeras oportunidades de manter sua identidade social, receber apoio, ajuda material, serviços, informações e novos contatos sociais (Siqueira, 2008).

O suporte social engloba sistemas de apoio como o núcleo familiar, os serviços informais e a ajuda proporcionada por serviços comunitários.

Assim, as redes sociais são conjuntos de ligações que cada indivíduo mantém e que incluem quer relações íntimas com os familiares e amigos próximos, quer relações mais formais. É através destas redes que as pessoas se integram nas sociedades mais vastas (Seeman, 1996).

O suporte social pode ser estrutural ou funcional. O primeiro refere-se à mera presença de outras pessoas na vida de um indivíduo e relaciona-se com as estruturas sociais formais, como organizações, famílias ou comunidades religiosas. Já o apoio funcional refere-se a ações apoiantes, tangíveis ou não, desempenhas por outros (Glazer, 2006). Dentro do apoio funcional podemos ainda diferenciar outras categorias de apoio, nomeadamente o apoio instrumental e emocional. O apoio instrumental refere-se a formas “reais” de assistência, como dar dinheiro, ajudar nas tarefas ou dar informações. O apoio emocional refere-se a relações empáticas que transmitem estima à pessoa (Glazer, 2005).

Segundo o mesmo autor (Glazer, 2006), é ainda possível fazer uma divisão mais específica de suporte social, em quatro tipos: informativo, emocional, instrumental ou de estima. Esta quarta forma de suporte relaciona-se com o reforço positivo.

Portanto, o suporte social deve ser entendido como algo que é capaz de proteger e promover a saúde do indivíduo, sendo considerado como um fator indispensável à vida. Assim, o suporte social vai influenciar a forma como o indivíduo se relaciona com a vida e o seu meio envolvente.

1.4 Suporte Social e Maternidade

Tendo em conta as modificações que ocorrem com o nascimento de uma criança, a família vai necessitar de encontrar novas formas para lidar com as diversas situações que surgem neste período. Assim, a rede de suporte social é fundamental para a adaptação às novas circunstâncias. Na maior parte das situações, a procura deste suporte inicia-se mesmo antes da gravidez, em que o casal avalia o tipo de suporte que lhes é percebido de forma a reunir as condições necessárias para a nova fase das suas vidas (Goldstein, Diener & Mangelsdorf, 1996). O suporte social tem uma grande influência na forma como a mulher grávida se vai adaptar e vincular ao seu bebé. Deste modo, é um fator fundamental na adaptação pós-parto, visto que a nova mãe passa por grandes inseguranças devido às mudanças que ocorrem nesta fase da sua vida (Gjerdingen & Chaloner, 2004). Esta nova fase é marcada por uma adaptação aos ritmos do bebé, como a alimentação e a atividade onírica, onde a mãe não poderá voltar a viver a sua vida como anteriormente (Peters, 1999).

Segundo Goldstein et al. (1996), ter uma boa rede de suporte social vai permitir à nova mãe adquirir uma sensibilidade na interação com o seu bebé, o que não se verifica comparativamente com as mães que não têm qualquer tipo de suporte social. Assim, as mães que comportam uma boa rede de suporte social têm a oportunidade de ter as suas necessidades emocionais atendidas, tornando-se mais aptas para se focarem nas necessidades dos seus bebés.

Simons e Johnson (1996) verificaram que as duas grandes fontes de suporte social são os avós e o marido, embora o marido seja considerado como a principal fonte de apoio, promovendo um bem-estar materno. Tendo em conta que o suporte conjugal se traduz no carinho, encorajamento e assistência à nova mãe, permitindo dizer que esta relação oferece a segurança necessária para que a mãe desenvolva um bom vínculo mãe-bebé.

Num estudo realizado sobre o suporte social na vida da nova mãe, conclui-se que se trata de um fator muito positivo, dado que possibilita à mesma, passar esta fase de forma muito mais saudável para si e seu bebé, uma vez que se sente mais segura e protegida, permitindo, assim, que se estabeleça um vínculo saudável com o seu bebé (Schwengber & Piccinini, 2004).

II – Objectivos

O principal objetivo deste estudo foca-se na análise comparativa da vivência da maternidade por parte de mães adolescentes e por parte de mães adultas, com características sociodemográficas semelhantes, tentando assim perceber se estas mães adolescentes se vinculam aos seus bebés/crianças de uma forma diferente do que se observa nas suas contrapartes adultas. Pretende-se, também, estudar a perceção do Suporte Social por parte destas mães, considerando-o como uma variável capaz de influenciar os processos de vinculação.

Como objetivos específicos pretende-se:

2.1 Analisar a importância das seguintes variáveis no processo de *Bonding* de mães adolescentes comparativamente com o que acontece com as mães adultas:

2.1.1– Idade

2.1.2– Número de filhos (primípara x múltípara x)

2.1.3 – Gravidez planeada/não planeada

2.1.4 – Nível socioeconómico

2.2. Analisar a relação de satisfação com ao Suporte Social, considerando os fatores das escalas ESSS e EIESS, e o bonding (escala de bonding), nomeadamente:

2.2.1 – Satisfação com a família (ESSS;EIESS) e *Bonding* (Escala de *Bonding*);

2.2.2 – Satisfação com os amigos (ESSS;EIESS) e *Bonding* (Escala de *Bonding*);

2.2.3 – Satisfação com a sua intimidade (ESSS;EIESS) e *Bonding* (Escala de *Bonding*);

2.2.4 – Satisfação com as atividades sociais (ESSS;EIESS) e *Bonding* (Escala de *Bonding*);

2.2.5 – Satisfação com o Suporte Social e a idade;

2.2.6 – Satisfação com o Suporte social e o nível socioeconómico;

2.3 Perceber quais as diferenças entre mães adolescentes e mães adultas relativamente ao envolvimento com o seu bebé, comparando-as através da escala de Bonding.

III - Metodologia

3.1 Amostra

A amostra total conta com a participação de 42 mães das quais 28 são adolescentes (49.12%) com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos (M= 17,04; DP= 1,07) e 29 são adultas (50.88%) com idades compreendidas entre os 23 e os 41 anos (M= 31,28; DP=4,42). As mães adolescentes que se voluntariaram para participar neste estudo encontravam-se institucionalizadas ou parcialmente institucionalizadas, nomeadamente nas instituições Mãe Sol, Casa da Mãe, Ajuda de Mãe, Humanus Cam e Associação Portuguesa de Apoio à Família, casas de acolhimento adequadas às suas necessidades. Já o grupo de mães adultas que se voluntariaram para participar neste estudo foi encontrado através de uma plataforma digital, onde qualquer mãe que preenchesse os critérios referentes a este estudo poderia participar de livre e espontânea vontade.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos dois grupos (N = 57)

	Mães Adultas (n=29)	Mães Adolescentes (n=28)
	M (DP); Mín/Máx	M (DP);Mín/Máx
Idade:	31,28 (4,42); 23/41	17,04 (1,07) 14/18
Nº de filhos	1,41 (0,63); 1/3	1,07 (0,26); A = 1/2
	n (%)	n (%)
1 Filho	19 (65,5%)	26 (92,9%)
2 Filhos	8 (27, 6%)	2 (7,1%)
3 Filhos	2 (6,9%)	-
Estado Civil:		
Solteira	10 (34,5%)	27 (58,3%)
Casada	16 (55,2%)	1 (3,6%)
Divorciada	1 (3,4%)	-
Viúva com companheiro	1 (3,4%)	-
Escolaridade:		
1º Ciclo/instrução primária	-	2 (7,1%)
2º Ciclo/9º ano/antigo 5º ano	1 (3,4%)	15 (53,6%)
3º Ciclo/10º ano ao 11º ano/7º ano complementar	2 (6,9%)	8 (28,6%)
12º ano	9 (31%)	2 (7,1%)
Curso médio	1 (3,4%)	-
Curso superior	14 (48,3%)	-
Outro	2 (6,9)	1 (3,6%)

Nível Socioeconómico:

485€ – 600€	5 (17,5%)	6 (21,4%)
600€ - 1000€	10 (34,5%)	1 (3,6%)
1000€- 1500€	10 (34,5%)	-
>1500€	4 (13,8%)	-
Sem rendimentos	-	18 (64,3%)
Outro	-	3 (10,7%)

3.2 Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. Este questionário, construído para o efeito, avalia as variáveis sociodemográficas idade, naturalidade, estado civil, escolaridade, com quem vive, apoio recebido, emprego/ocupação, idade da mãe aquando do nascimento da criança, idade da criança, se o pai da criança assumiu a paternidade e se a costuma visitar. Consiste numa série de questões de respostas aberta ou fechada, permitindo aos inquiridos responderem num curto espaço de tempo (Anexo I).

Questionário sobre a gravidez e o nascimento. Este questionário, construído para o efeito, tem como objetivo principal perceber todas as questões que envolvem a gravidez e o nascimento da criança, nomeadamente se a gravidez foi planeada, bem aceite, se foi acompanhada medicamente, se houve algum tipo de complicação durante a gestação ou mesmo no parto. Este questionário envolve uma série de questões de carácter aberto ou fechado, que permite a cada participante responder num curto espaço de tempo e sem grandes dificuldades (Anexo I).

Escala de Bonding “Mother-Baby Bonding Questionnaire” (MBBQ). Esta escala destina-se a avaliar o envolvimento dos pais com o bebé e constitui a versão portuguesa do *Mother Baby Bonding Questionnaire* (Taylor, Adams, Doré, Kumar & Glover, 2001, in Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005).

É uma escala de autorrelato constituída por 12 itens, referentes à presença e intensidade de diferentes emoções em relação ao bebé, cotada numa escala de ‘Likert’ de 4 pontos que varia entre 0 e 3. A análise hierárquica de clusters indica que os itens da escala de *Bonding* são suscetíveis de se organizarem em três subescalas: 1ª Escala “*Bonding Positivo*”, constituída por três itens (“Afetuoso”, “Protetor” e “Alegre”), mede o envolvimento emocional positivo dos pais com o bebé. 2ª Escala “*Bonding Negativo*”, constituída por seis itens (“Desiludido”, “Ressentido”, “Desgostoso”, “Zangado”, “Agressivo” e “Triste”), avalia o envolvimento emocional negativo dos pais com o bebé. Por fim, 3ª Escala “*Bonding not clear*”, constituída por três itens (“Neutro”, “Possessivo” e “Medroso”), sinaliza a presença de emoções que não estão claramente relacionadas com o envolvimento emocional, indicando, ainda, a ausência ou confusão no envolvimento emocional dos pais com o bebé.

O estudo psicométrico deste instrumento realizado por Figueiredo, et al. (2005) revelou um Alfa de Cronbach de .45 e Coeficiente de Bipartição

de .53 e de fidelidade teste-reteste (com um Coeficiente de Correlação de Spearman de .49) (Anexo I).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). A escala de satisfação com o suporte social foi desenvolvida por Wethington e Kessler, (1986) e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, (1999), consistindo numa escala de avaliação da satisfação sentida pelo indivíduo relativamente ao suporte social a percebido.

Ribeiro (1999) considera que o instrumento se encontra organizado em quatro Fatores: 1- “Satisfação com os amigos” (avalia a satisfação com os amigos que a pessoa tem); 2- “Intimidade” (avalia a percepção que o indivíduo tem acerca do suporte social íntimo); 3- “Satisfação com a família” (indica a satisfação por parte do indivíduo em relação ao suporte familiar recebido); 4- “Atividades sociais” (avalia a satisfação com a sua vida social).

Esta escala é uma escala de autorrelato e é composta por 15 afirmações, as quais o indivíduo poderá responder, numa escala de ‘Likert’ que varia entre 1 e 5 em que 5 corresponde a “concordar totalmente”, 4 “concordar na maior parte”, 3 “não concordar nem discordar”, 2 “discordar na maior parte” e 1 “discordar totalmente”, à exceção dos itens (1, 2, 3, 6, 7 e 8) que devem ser classificados por ordem inversa.

Os estudos de validação deste instrumento revelam qualidades psicométricas adequadas. O autor determinou um nível de consistência interna da escala total com um (Alfa de Cronbach de .85) (Anexo I).

Escala Instrumental e Expressiva de Suporte Social (EIESS). Esta escala tem como objetivo a avaliação do suporte social percebido. Foi desenvolvida por (Lin, Dean & Ensel, 1981), sendo, aqui utilizada a adaptação para a população portuguesa realizada por Paixão e Oliveira, (1996).

É uma escala de autorrelato composta por 28 itens pontuáveis numa escala de ‘Likert’ de 1 a 5, em que 1 “Sempre ou quase sempre”, 2 “Algumas vezes” 3 “Menos vezes” 4 “Raramente” e por fim 5 “Nunca”.

Segundo os autores, esta escala está dividida em 8 fatores: 1º Fator “*Problemas com familiares e pessoas próximas*” que abrange os itens (24 e 27), 2º Fator “*Responsabilidades e exigências*” que abrange os itens (2, 5 e 10), 3º Fator “*Dificuldades económicas e de emprego*” que abrange os itens (1, 13, 15 e 17), 4º Fator “*Questões de falta de tempo, apoio, capacidade de decisão e mobilidade*” que abrange os itens (8, 9, 11 e 28), 5º Fator “*Não ter pessoas de quem possa depender e dificuldades relacionais com crianças*” que abrange os itens (4 e 14), 6º Fator “*Demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória*” que abrange os itens (6 e 22), 7º Fator “*Envolvimento sócio emocional*” que abrange os itens (2, 19, 21 e 25) e por último o 8º Fator “*Tempos livres, lazer e problemas com o cônjuge/companheiro(a)*” que abrange os itens (12, 20 e 26).

A versão portuguesa evidenciou algumas qualidades psicométricas, particularmente em termos de fidelidade, consistência interna, fiabilidade e homogeneidade. O nível de consistência interna (Alfa Cronbach é de .83 para a escala total) (Anexo I).

3.3 Procedimentos

Num primeiro momento, as participantes acederam ao consentimento informado, que abrangia toda a informação relevante acerca do estudo, incluindo a participação voluntária e a confidencialidade das respostas.

Para a seleção das participantes foram aplicados critérios de inclusão como terem entre os 11 e os 42 anos e já terem sido mães, pelo menos uma vez. Como critérios de exclusão, estas participantes não poderiam apresentar sinais de toxicod dependência e a doença mental.

Os dados recolhidos foram estudados estatisticamente com o “Statistical Package for Social Science” (SPSS), versão 22, para o sistema operativo Windows Seven. As estatísticas descritivas como as frequências, médias e desvios-padrão, são utilizadas para caracterizar a amostra e instrumentos.

A decisão dos *designs* estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, foram adequados em função dos seguintes critérios: o valor de simetria, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Skewness pelo erro padrão da medida; o valor de achatamento, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Kurtosis pelo seu valor do erro padrão; a avaliação da aderência à normalidade, através da utilização do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov (quando $p > .05$ as variáveis em estudo possuem uma distribuição normal).

A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (curtose), permitiu constatar que as distribuições são assimétricas e leptocúrticas. Esta análise e mediante os valores encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors), permitem-nos concluir que a amostra segue uma distribuição muito diferente da normal, associado a pequena dimensão da amostra ($n=57$). Assim elegemos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos não paramétricos.

Foram aplicadas como medidas descritivas: estatísticas de frequência (absolutas e relativas), medidas de localização (média; M), medidas de dispersão (desvio padrão; DP , mínimo e máximo; $Min/Máx$). Foram aplicados os testes seguintes: Mann-Whitney e correlação de Spearman. A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $\alpha = .05$ com um intervalo de confiança de 95%. Como critérios na testagem de hipóteses estatísticas definiram-se: para um α significativo ($p \leq .05$) observam-se diferenças/associações entre os grupos. Para um $p > .05$ não se observam diferenças/associações significativas entre os grupos.

IV - Resultados

As características clínicas dos dois grupos são apresentadas na tabela 2. Nela contêm as diferenças de percentagens, médias, desvios padrão, mínimo e máximo de cada item nos dois grupos.

Tabela 2. Caracterização clínica dos dois grupos (N = 57)

		Mães Adultas (n=29)	Mães Adolescentes (N=28)
		M (DP); Mín/Máx	M (DP);Mín/Máx
Vive com o pai da criança:		n (%)	n (%)
	Sim	28 (96,6%)	5 (17,9%)
	Não	1 (3,4%)	23 (82,1%)
Recebe apoio do pai da criança:	Sim	29 (100%)	19 (67,9%)
	Não	-	9 (32,1%)
Gravidez Planeada:	Sim	19 (65,5%)	6 (21,4%)
	Não	10 (34,5%)	22 (78,6%)
Recebe apoio de uma instituição:	Sim	3 (10,3%)	26 (92,9%)
	Não	26 (89,7%)	2 (7,1%)
		M (DP); Mín/Máx	M (DP); Mín/Máx
Duração da Gravidez:		38,97 (1,28); 36/42	38,96 (1,95); 32/42
Idade da criança ^{a)}:		18,17 (14,22); 2/60	9,96 (7,63); 1/24
Peso do bebé ao nascer ^{b)}:		3,25 (0,39); 3/4	3,09 (0,56); 2/5
Contacto com o bebé após o nascimento:		n (%)	n (%)
	Sim	28 (96,6%)	27 (96,4%)
	Não	1 (3,4%)	1 (3,6%)
Amamentação após a 1h do nascimento:	Sim	25 (86,2%)	25 (89,3%)
	Não	4 (13,8%)	3 (10,7%)
Atualmente amamenta o bebé:	Sim	10 (34,5%)	13 (46,4%)
	Não	19 (65,5%)	14 (50%)
Colaboração do parceiro para o bem-estar do bebé:	Bastante	26 (89,7%)	13 (46,4%)
	Um pouco	3 (10,3%)	8 (28,6%)
	Nada	-	7 (25%)
Permaneceu com o bebé sempre ao seu lado enquanto permaneceu no hospital:	Sim	26 (89,7%)	25 (89,3%)
	Não	3 (10,3%)	3 (10,7%)
Se perdeu algum filho anteriormente:	Sim	4 (13,8%)	-
	Não	25 (86,2%)	28 (100%)
Gestação com complicações:	Sim	5 (17,2%)	6 (21,4%)
	Não	24 (82,2%)	22 (78,6%)
Consumos durante a gravidez:	Tabaco	13 (44,8%)	8 (28,6%)
	Nenhum	16 (55,2%)	20 (71,4%)

Parto com complicações:	Sim	5 (17,2%)	4 (14,3%)
	Não	24 (82,8%)	24 (85,7%)

Nota. a) A idade da criança que é referida na tabela encontra-se em meses. b) O peso do bebé ao nascer, descrito na tabela, encontra-se em quilogramas

Quando inquiridas sobre a questão se a gravidez foi planeada ou não planeada, todas as mães que não tivessem planeado a sua gravidez, deveriam indicar a forma como se sentiram ao descobrir que estavam grávidas. Assim, no grupo de mães adultas, as 10 que não planearam a sua gravidez, 8 (30,8%) sentiram-se bem ao descobrirem que estavam grávidas e 2 (6,9%) sentiram-se mal ao descobrir que estavam grávidas. No grupo de mães adolescentes, quando o mesmo lhes foi inquirido, 22 mães, não planearam a sua gravidez. Assim, 20 das mães adolescentes (71,4%) responderam que se sentiram bem quando descobriram que estavam grávidas e apenas 2 (7,1%) mães adolescentes responderam que se sentiram mal ao descobrir a sua gravidez (Tabela 2).

Na avaliação descritiva da escala de *Bonding* (MBBQ) e de satisfação com o suporte social (ESSS), verificou-se que o grupo de mães adolescentes apresenta valores médios, para todos os fatores, mais baixos que o grupo de mães adultas. Na escala de *Bonding*, que se divide em três fatores, o grupo de mães adultas apresenta no fator “*bonding positivo*” uma $\bar{M} = 8.07$ ($DP = 1.16$), no fator “*bonding negativo*” $\bar{M} = .83$ ($DP = 1.63$) “*bonding not clear*” $\bar{M} = 2.07$ ($DP = 1.10$). Já no grupo de mães adolescentes pudemos verificar que no fator “*bonding positivo*” $\bar{M} = 8.00$ ($DP = 1.49$), no “*bonding negativo*” $\bar{M} = 1.61$ ($DP = 2.30$) e no “*bonding not clear*” $\bar{M} = 2.54$ ($DP = 1.79$). Portanto, quando comparados os dois grupos, relativamente à escala de *Bonding*, apenas num fator se destaca a diferença entre eles. O fator “*bonding negativo*” apresenta uma média e um desvio padrão pouco mais elevados no grupo de mães adolescentes (Tabela 3).

Na escala de satisfação com o suporte social (ESSS), que se constituiu por quatro fatores, apurou-se que o grupo de mães adultas apresentava no fator “satisfação com os amigos” $\bar{M} = 19.66$ ($DP = 5.21$), no fator “intimidade” $\bar{M} = 16.55$ ($DP = 3.27$), no fator “satisfação com a família” $\bar{M} = 12.21$ ($DP = 3.04$) e no fator “atividades sociais” $\bar{M} = 10.17$ ($DP = 3.49$). No grupo de adolescentes verificamos que no fator “satisfação com os amigos” $\bar{M} = 17.21$ ($DP = 4.23$), no fator “intimidade” uma $\bar{M} = 12.93$ ($DP = 2.48$), no fator “satisfação com a família” $\bar{M} = 9.71$ ($DP = 3.90$) e no “atividades sociais” $\bar{M} = 8.43$ ($DP = 2.86$) (Tabela 3).

Na escala instrumental e expressiva de suporte social (EIESS), escala constituída por oito fatores, pudemos verificar que no grupo de mães adultas no fator “problemas com familiares e pessoas próximas” apresentavam $\bar{M} = 7.90$ ($DP = 1.86$), no fator “responsabilidades e exigências” $\bar{M} = 11.00$ ($DP = 2.45$), no fator “dificuldades económicas e de emprego” $\bar{M} = 9.93$ ($DP = 4.06$), no fator “questões de falta de tempo, apoio capacidade de decisão e mobilidade” $\bar{M} = 14.14$ ($DP = 3.08$), no fator “não

Bonding Materno: um estudo com mães adultas e mães adolescentes

Iolanda Machado (iolanda_machado3@hotmail.com) 2014

ter pessoas de quem possa depender e dificuldades relacionais com crianças” $\underline{M} = 8.03$ ($\underline{DP} = 2.03$), no fator “demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória” $\underline{M} = 7.79$ ($\underline{DP} = 1.63$), no fator “envolvimento socioemocional” $\underline{M} = 16.52$ ($\underline{DP} = 3.81$) e no fator “tempos livres, lazer e problemas com o conjugue/companheiro(a)” $\underline{M} = 10.83$ ($\underline{DP} = 1.93$). Já no grupo das mães adolescentes concluímos que no fator “problemas com familiares e pessoas próximas” apresentavam $\underline{M} = 6.11$ ($\underline{DP} = 2.30$), no fator “responsabilidades e exigências” $\underline{M} = 9.50$ ($\underline{DP} = 2.25$), no fator “dificuldades económicas e de emprego” $\underline{M} = 9.36$ ($\underline{DP} = 3.22$), no fator “questões de falta de tempo, apoio, capacidade de decisão e mobilidade” $\underline{M} = 11.64$ ($\underline{DP} = 3.36$), no fator “ não ter pessoas de quem possa depender e dificuldades relacionais com crianças” $\underline{M} = 6.75$ ($\underline{DP} = 2.01$), no fator “demasiada dependência dos outros e ausência de uma vida sexual satisfatória” $\underline{M} = 6.82$ ($\underline{DP} = 1.87$), no fator “envolvimento socioemocional” $\underline{M} = 12.64$ ($\underline{DP} = 3.20$) e no fator “tempos livres, lazer e problemas com o conjugue/companheiro(a)” apresentavam $\underline{M} = 12.64$ ($\underline{DP} = 3.20$). Portanto, fazendo a comparação das médias de cada fator entre os dois grupos, pudemos verificar que o grupo de mães adolescente apresenta médias mais baixas nos fatores “responsabilidades e exigências”, “questões de falta de tempo, apoio capacidade de decisão e mobilidade”, “não ter pessoas de quem possa depender e dificuldades relacionais com crianças” e “envolvimento socioemocional” comparativamente com o grupo de mães adultas (Tabela 3).

Tabela 3. Análise descritiva dos fatores da escala de Bonding, da escala ESSS e da escala EIESS

	Mães Adultas (n=29)	Mães Adolescentes (n=28)
	M (DP); Mín/Máx	M (DP); Mín/Máx
Escala Bonding		
Bonding Positivo	8,07 (1,16); 5/9	8,00 (1,49); 3/9
Bonding Negativo	0,83 (1,63); 0/7	1,61 (2,30); 0/9
Bonding not Clear	2,07 (1,10); 0/5	2,54 (1,79); 0/6
Escala ESSS		
Satisfação com os amigos	19,66 (5,21); 5/25	17,21 (4,23); 9/24
Intimidade	16,55 (3,27); 10/20	12,93 (2,48); 7/20
Satisfação com a família	12,21 (3,04); 3/15	9,71 (3,90); 3/15
Atividades Sociais	10,17 (3,49); 3/15	8,43 (2,86); 3/15
Escala EIESS		
Problemas com familiares e pessoas próximas	7,90 (1,86); 4/10	6,11 (2,30); 2/10
Responsabilidades e exigências	11,00 (2,45); 3/15	9,50 (2,25); 5/14
Dificuldades económicas e de emprego	9,93 (4,06); 4/19	9,36 (3,22); 4/16
Questões de falta de tempo, apoio capacidade de decisão e mobilidade	14,14 (3,08); 8/20	11,64 (3,36); 5/19

Não ter pessoas de quem possa depender e dificuldades relacionais com crianças	8,03 (2,03); 3/10	6,75 (2,01); 3/10
Demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória	7,79 (1,63); 3/10	6,82 (1,87); 4/10
Envolvimento socioemocional	16,52 (3,81); 7/20	12,64 (3,20); 7/19
Tempos livres, lazer e problemas com o conjuge/companheiro (a)	10,83 (1,93); 6/14	9,96 (2,62); 5/15

Foi feita uma análise inferencial dos resultados das escalas de *Bonding*, ESSS e EIESS, utilizando o teste de Mann-Whitney, para cada grupo a fim de percebermos se existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, foi-nos possível verificar que os dois grupos, quando comparados na escala de *Bonding* não mostram resultados estatisticamente significativos. O mesmo não acontece quando comparamos os dois grupos com as duas escalas de suporte social (ESSS e EIESS), pois que na escala ESSS se verifica que nos três primeiros fatores existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Na escala EIESS verifica-se que não se encontram diferenças estatisticamente significativas apenas em dois dos oito fatores. Esses fatores são “dificuldades económicas e de emprego” e “tempos livres, lazer e problemas com o conjuge/companheiro(a)”. Portanto, são muito mais os fatores em que se encontram diferenças estatisticamente significativas neste teste do que as que não são significativas (Tabela 4).

Tabela 4. Teste de Mann-Whitney para os dois grupos em estudo considerando as escalas de *Bonding*, ESSS e EIESS.

	Mães Adultas (N=29) (PM%); Z	Mães Adolescentes (N=28) (PM%); Z
Escala Bonding		
<i>Bonding</i> Positivo	(28.62%); -1.9	(29.39%); -1.9
<i>Bonding</i> Negativo	(26.02%); -1.53	(32.09%); -1.53
<i>Bonding</i> not Clear	(27.45%); -1.75	(30.61%); -1.75
Escala ESSS		
Satisfação com os amigos	(33.79%); -2.23 *	(24.04%); -2.23 *
Intimidade	(37.43%); -3.93 **	(20.27%); -3.93 **
Satisfação com a família	(34.45%); -2.55 *	(23.36%); -2.55 *
Atividades Sociais	(33.00%); -1.87	(24.86%); -1.87
Escala EIESS		
Problemas com familiares e pessoas próximas	(35.24%); -2.20 **	(22.54%); -2.20 **
Responsabilidades e exigências	(34.98%); -2.80 **	(22.80%); -2.80 **
Dificuldades económicas e de emprego	(29.47%); -1.22	(28.52%); -1.22
Questões de falta de tempo, apoio capacidade de decisão e mobilidade	(34.98%); -2.78 **	(22.80%); -2.78 **
Não ter pessoas de quem possa depender e dificuldades relacionais com crianças	(33.86%); -2.29 *	(23.96%); -2.29 *

Demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória	(33.98%); -2.35 *	(23.84%); -2.35 *
Envolvimento socioemocional	(37.12%); -3.78 **	(20.59%); -3.78 **
Tempos livres, lazer e problemas com o conjuge/companheiro (a)	(32.90%); -1.82	(24.96%); -1.82

A análise dos resultados das frequências e das correlações da escala de *Bonding* e das variáveis sociodemográficas e clínicas permitem-nos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas a nível da idade com o *bonding* negativo, com o facto de receber apoio do pai do bebé com o *bonding* negativo e também quando existem problemas durante a gestação com o *bonding* negativo (Tabela 5).

Tabela 5. Testes de comparação (Mann-Whitney) e correlações (Spearman) da escala de *Bonding* com as variáveis sociodemográficas e clínicas (N=57)

		Mães Adultas(N=29)Mães Adolescentes(N=28)	
		r ou n; (PM%); Z	r ou n; (PM%); Z
Idade:	<i>Bonding</i> Positivo	r	R
	<i>Bonding</i> Negativo	-.38 *	.17
	<i>Bonding not clear</i>	-.03	-.18
Recebe apoio do pai do bebé:			
<i>Bonding</i> Positivo:		n; (PM); Z	n; (PM); Z
	Sim	29; -; -;	19; 16.05%; -1.62
	Não	29; -; -;	9; 11.22%; -1.62
<i>Bonding</i> Negativo:	Sim	29; -; -;	19; 12.39%; -2.09 *
	Não	29; -; -;	9; 18.94%; -2.09 *
<i>Bonding not clear:</i>	Sim	29; -; -;	19; 13.32%; -1.13
	Não	29; -; -;	9; 17.00%; -1.13
Gravidez planeada:			
<i>Bonding</i> Positivo:	Sim	19; 15.76%; -.72	6; 13.67%; -.31;
	Não	10; 13.55%; -.72	22; 14.73%; -.31
<i>Bonding</i> Negativo:	Sim	19; 14.61%; -.41	6; 13.08%; -.50
	Não	10; 15.75%; -.41	22; 14.89%; -.50
<i>Bonding not clear:</i>	Sim	19; 14.32%; -.65	6; 16.75%; -.77
	Não	10; 16.30%; -.65	22; 13.89%; -.77
Reação à gravidez:			
<i>Bonding</i> Positivo:	FADC ^{c)}	5; 14.10%; -.28	13; 13.96%; -.36
	FS/MS ^{d)}	24; 15.19%; -.28	15; 14.97%; -.36
<i>Bonding</i> Negativo:	FADC ^{c)}	5; 18.40%; -1.16	13; 16.38%; -1.20
	FS/MS ^{d)}	24; 14.29%; -1.16	15; 12.87%; -1.20
<i>Bonding not clear:</i>	FADC ^{c)}	5; 15.00%; .00;	13; 12.88%; -.98
	FS/MS ^{d)}	24; 15.00%; .00	15; 15.90%; -.98
Atualmente amamenta o bebé:			
<i>Bonding</i> Positivo:	Sim	10; 15.50%; -.25	13; 15.46%; -.64

	<i>Não</i>	19; 14.74%; -.25	15; 13.67%; -.64
<i>Bonding</i> Negativo:	<i>Sim</i>	10; 14.25%; -.41	13; 12.65%; -1.17
	<i>Não</i>	19; 15.39%; -.41	15; 16.10%; -1.17
<i>Bonding not clear:</i>	<i>Sim</i>	10; 16.45%; -.72	13; 14.23%; -.16
	<i>Não</i>	19; 14.24%; -.72	15; 14.73%; -.16
Parceiro colabora para o bem-estar da criança:			
<i>Bonding</i> Positivo:	<i>Sim</i>	26; 15.33%; -.66	13; 17.23%; -1.83
	<i>Não</i>	3; 12.17%; -.66	15; 12.13%; -1.83
<i>Bonding</i> Negativo:	<i>Sim</i>	26; 14.85%; -.34	13; 12.00%; -1.59
	<i>Não</i>	3; 16.33%; -.34	15; 16.67%; -1.59
<i>Bonding not clear</i>	<i>Sim</i>	26; 14.46%; -1.09	13; 12.96%; -.94
	<i>Não</i>	3; 19.67%; -1.09	13; 15,83%; -.94
Gestação com complicações:			
<i>Bonding</i> Positivo:	<i>Sim</i>	5; 13.00%; -.63	6; 16.58%; -.78
	<i>Não</i>	24; 15.42%; -.63	22; 13.93%; -.78
<i>Bonding</i> Negativo:	<i>Sim</i>	5; 18.50%; -1.20	6; 8.58%; -2.11 *
	<i>Não</i>	24; 14.27%; -1.20	22; 16.11%; -2.11 *
<i>Bonding not clear:</i>	<i>Sim</i>	5; 19.70%; -1.47	6; 17.08%; -.88
	<i>Não</i>	24; 14.02%; -1.47	22; 13.80%; -.88
Consumos durante a gravidez:			
<i>Bonding</i> Positivo:	<i>Sim</i>	13; 16,69%; -1.05	6; 11.88%; -1.19
	<i>Não</i>	16; 13,63%; -1.05	22; 15.55%; -1.19
<i>Bonding</i> Negativo:	<i>Sim</i>	13; 14,73%; -.18	6; 16.00%; -0.65
	<i>Não</i>	16; 15.22%; -.18	22; 13.90%; -0.65
<i>Bonding not clear:</i>	<i>Sim</i>	13; 14.38%; -.38	6; 17.44%; -1.22
	<i>Não</i>	16; 15.50%; -.38	22; 13.33%; -1.22
Parto com complicações:			
<i>Bonding</i> Positivo:	<i>Sim</i>	5; 18.90%; -1.22	4; 12.63%; -.55
	<i>Não</i>	24; 14.19%; -1.22;	24; 14.81%; -.55
<i>Bonding</i> Negativo:	<i>Sim</i>	5; 12.30%; -.92	4; 16.88%; -.66
	<i>Não</i>	24; 15.56%; -.92	24; 14.10%; -.66
<i>Bonding not clear:</i>	<i>Sim</i>	5; 15.70%; -.22	4; 13.75%; -.20
	<i>Não</i>	24; 14.85%; -.22	24; 14.63%; -.20;

Nota: a) Ficou aborrecida mas depois conformou-se (FADC); b) Ficou satisfeita/muito satisfeita (FS/MS); * = $p < .05$; ** = $p < .01$.

Na análise dos resultados das correlações verificamos que no grupo de mães adultas existem correlações estatisticamente significativas entre o total do *bonding* com todas as suas subescalas. Nas correlações feitas entre a escala de *Bonding* e a escala ESSS, o mesmo grupo, verificamos correlações positivas estatisticamente significativas entre o *bonding* positivo e a satisfação com os amigos, a intimidade e o total da escala ESSS. Relativamente ao *bonding* negativo inferimos correlações negativas estatisticamente significativas em relação a algumas subescalas do ESSS,

tais como: satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e o total da escala ESSS. Por fim, também foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre escala ESSS e os seus respetivos fatores (Tabela 6).

Tabela 6. *Correlação (Spearman) entre a escala de Bonding e a escala ESSS no grupo de mães adultas*

	Teste 1: bonding positivo	Teste 1: bonding negativo	Teste 1: bonding not clear	Teste 1: bonding total	Teste 2: (ESSS) SCA	Teste 2: (ESSS) I	Teste 2: (ESSS) SCF	Teste 2: (ESSS) AS	Teste 2: ESSS global
Teste 1: bonding positivo	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Teste 1: bonding negativo	-.25	1	-	-	-	-	-	-	-
Teste 1: bonding not clear	.21	.17	1	-	-	-	-	-	-
Teste 1: bonding total	.41*	.50**	.76**	1	-	-	-	-	-
Teste 2: (ESSS) SCA ^{a)}	.46 *	-.39 *	.01	.01	1	-	-	-	-
Teste 2: (ESSS) I ^{b)}	.45 *	-.44 *	.05	.02	.61 **	1	-	-	-
Teste 2: (ESSS) SCF ^{c)}	.29	-.47 *	-.24	-.24	.41 *	.28	1	-	-
Teste 2: (ESSS) AS ^{d)}	.22	-.30	.11	.13	.59 **	.55 **	.04	1	-
Teste 2: ESSS global	.48**	-.53**	-.03	-.02	.89**	.79**	.51**	.75**	1

Nota: a) satisfação com os amigos (SCA); b) intimidade (I); c) satisfação com a família (SCF); d) atividades sociais (AS); * = $p < .05$; ** = $p < .01$.

Na análise dos resultados verificamos que existem correlações estatisticamente significativas entre o *bonding* negativo e o *bonding* positivo como também entre o total do *bonding* com o *bonding* negativo e o *bonding not clear*. Já nas correlações feitas entre a escala de *Bonding* e a escala ESSS o grupo de mães adolescentes não apresenta qualquer tipo de resultados estatisticamente significativos. Encontramos resultados significativos ao cruzar o total da escala ESSS com os fatores do mesmo teste (Tabela 7).

Tabela 7. Correlação (Spearman) entre a escala de *Bonding* e a escala ESSS no grupo de mães adolescentes

	Teste 1: <i>bonding</i> positivo	Teste 1: <i>bonding</i> negativo	Teste 1: <i>bonding not</i> <i>clear</i>	Teste 1: <i>bonding</i> <i>total</i>	Teste 2: (ESSS) SCA	Teste 2: (ESSS) I	Teste 2: (ESSS) SCF	Teste 2: (ESSS) AS	Teste 2: ESSS global
Teste 1: <i>bonding</i> positivo	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Teste 1: <i>bonding</i> negativo	-.46*	1	-	-	-	-	-	-	-
Teste 1: <i>bonding not</i> <i>clear</i>	-.04	.18	1	-	-	-	-	-	-
Teste 1: <i>bonding</i> <i>total</i>	.16	.46*	.82**	1	-	-	-	-	-
Teste 2: (ESSS) SCA a)	-.04	-.00	.06	.02	1	-	-	-	-
Teste 2: (ESSS) I ^{b)}	-.00	-.12	-.17	-.12	.13	1	-	-	-
Teste 2: (ESSS) SCF c)	.24	-.10	-.20	-.27	.33	.10	1	-	-
Teste 2: (ESSS) AS ^{d)}	-.05	.22	-.08	.02	.04	.70	-.03	1	-
Teste 2: ESSS global	.14	-.07	-.15	-.16	.70**	.38*	.72**	.40*	1

Nota: a) satisfação com os amigos (SCA); b) intimidade (I); c) satisfação com a família (SCF); d) atividades sociais (AS); * = $p < .05$; ** = $p < .01$.

Na análise dos resultados verificamos que no grupo de mães adultas existem correlações estatisticamente significativas entre o total do *bonding* com todas as suas subescalas. Relativamente às correlações feitas entre a escala de *Bonding* e a escala EIESS, obtemos correlações positivas estatisticamente significativas entre o *bonding* positivo e demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória e envolvimento socioemocional. Também obtemos correlações negativas estatisticamente significativas entre o *bonding* negativo e questões de falta de tempo, apoio, capacidade de decisão e mobilidade, demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória e no total da escala EIESS. Por fim, também foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre escala EIESS e os seus respetivos fatores (Tabela 8).

Tabela 8. Correlação (Spearman) entre a escala de *Bonding* e a escala EIESS no grupo de mães adultas

	Teste 1: <i>bonding</i> positivo	Teste 1: <i>bonding</i> negativo	Teste 1: <i>bonding</i> not clear	Teste 1: <i>bonding</i> total	Teste 2: (EIESS) PFPP	Teste 2: (EIESS) RE	Teste 2: (EIESS) DEE	Teste 2: (EIESS) QFTACDM	Teste 2: (EIESS) NPDQDDRC	Teste 2: (EIESS) DDOAVSS	Teste 2: (EIESS) ESE	Teste 2: (EIESS) TL L, PCC	Teste 2: EIESS total
Teste 1: <i>bonding</i> positivo	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teste 1: <i>bonding</i> negativo	-.25	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teste 1: <i>bonding</i> not clear	.21	.17	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teste 1: <i>bonding</i> total	.41 *	.50 **	.76 **	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teste 2: (EIESS) PFPP ^{a)}	.14	-.35	-.11	-.19	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Teste 2: (EIESS) RE ^{b)}	.32	-.30	-.19	-.21	.55 **	1	-	-	-	-	-	-	-
Teste 2: (EIESS) DEE ^{c)}	-.11	-.25	-.16	-.40 *	.36	.60 *	1	-	-	-	-	-	-
Teste 2: (EIESS) QFTACDM ^{d)}	.30	-.43	-.26	-.26	.57 **	.76 **	.51 **	1	-	-	-	-	-
Teste 2: (EIESS) NPDQDDRC ^{e)}	.35	-.34	-.12	-.10	.31	.58 **	.23	.59 **	1	-	-	-	-

Teste 2: (EIESS) DDOAVSS ^{f)}	.39 *	-.38 *	-.07	-.09	-.41 *	.28	.13	.38 *	.55 **	1	-	-	-
Teste 2: (EIESS) ESE ^{g)}	.60 **	-.32	.13	.17	.48 **	.67 **	.25	.51 **	.56 **	.43 *	1	-	-
Teste 2: (EIESS) TL LPCC ^{h)}	.32	-.32	.01	-.08	.74 **	.57 **	.41 *	.46 *	.31	.36	.71 **	1	-
Teste 2: EIESS total	.36	-.47 *	-.09	-.19	.72 **	.85 **	.66 **	.79 **	.65 **	.55 **	.78 **	.78 **	1

Nota: a) problemas com familiares e pessoas próximas (PFPP); b) responsabilidades e exigências (RE); c) dificuldades económicas e de emprego (DEE); d) questões de falta de tempo, apoio, capacidade de decisão e mobilidade (QFTACDM); e) não ter pessoas de quem possa depender e dificuldades relacionais com crianças (NPDQDDRC); f) demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória (DDOAVSS); g) envolvimento socioemocional (ESE); h) tempos livres, lazer e problemas com o cônjuge/companheiro(a) (TLLPCC). * = $p < .05$, ** = $p < .01$.

Na análise dos resultados verificamos que existem correlações estatisticamente significativas entre o *bonding* negativo e o *bonding* positivo como também entre o total do *bonding* com o *bonding* negativo e o *bonding not clear*. Relativamente às correlações realizadas entre a escala de *Bonding* e a escala EIESS pudemos verificar que existem correlações positivas e estatisticamente significativas no *bonding* positivo quando tinham questões de falta de tempo, apoio, capacidade de decisão e mobilidade, demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória e no total da escala EIESS. Por fim, também encontramos correlações estatisticamente significativas entre a escala EIESS e os seus respetivos fatores (Tabela 9).

Tabela 9. Correlação (Spearman) entre a escala de *Bonding* e a escala EIESS no grupo de mães adolescentes

	Teste 1: <i>bonding</i> positivo	Teste 1: <i>bonding</i> negativo	Teste 1: <i>bonding</i> not clear	Teste 1: <i>bonding</i> total	Teste 2: (EIESS) PFPP	Teste 2: (EIESS) RE	Teste 2: (EIESS) DEE	Teste 2: (EIESS) QFTACDM	Teste 2: (EIESS) NPDQDDRC	Teste 2: (EIESS) DDOAVSS	Teste 2: (EIESS) ESE	Teste 2: (EIESS) TL L.PCC	Teste 2: EIESS total
Teste 1: <i>bonding</i> positivo	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teste 1: <i>bonding</i> negativo	-.46 *	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teste 1: <i>bonding</i> not clear	-.04	.18	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Teste 1: <i>bonding</i> <i>total</i>	.16	.46 *	.82 **	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teste 2: (EIESS) PFPP ^{a)}	.10	-.09	-.23	-.33	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Teste 2: (EIESS) RE ^{b)}	.16	-.09	.03	.07	.05	1	-	-	-	-	-	-	-
Teste 2: (EIESS) DEE ^{c)}	.14	-.15	.02	-.07	.15	.41 *	1	-	-	-	-	-	-
Teste 2: (EIESS) QFTACDM ^{d)}	.41 *	-.17	-.23	-.19	.53 **	.24	.35	1	-	-	-	-	-
Teste 2: (EIESS) NPDQDDRC ^{e)}	.22	.02	.11	.11	.42 *	.29	.29	.30	1	-	-	-	-
Teste 2: (EIESS) DDOAVSS ^{f)}	.51 *	-.19	-.05	.08	.33	.28	.27	.45 *	.56 **	1	-	-	-
Teste 2: (EIESS) ESE ^{g)}	.19	-.30	-.17	-.23	.19	.51 **	.16	.48 **	.34	.42 *	1	-	-
Teste 2: (EIESS) TL LPCC ^{h)}	.18	-.19	-.03	-.05	.11	.37	.23	.29	.20	.54 **	.47 *	1	-
Teste 2: EIESS total	.38 *	-.25	-.12	-.12	.50 **	.64 **	.54 **	.74 **	.59 **	.72 **	.73 **	.58 **	1

Nota: a) problemas com familiares e pessoas próximas (PFPP); b) responsabilidades e exigências (RE); c) dificuldades económicas e de emprego (DEE); d) questões de falta de tempo, apoio, capacidade de decisão e mobilidade (QFTACDM); e) não ter pessoas de quem possa depender e dificuldades relacionais com crianças (NPDQDDRC); f) demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória (DDOAVSS); g) envolvimento socioemocional (ESE); h) tempos livres, lazer e problemas com o cônjuge/companheiro(a) (TLLPCC). * = $p < .05$, ** = $p < .01$.

V - Discussão

Uma vez que a maternidade é um processo que requer grandes reajustes na vida de uma mulher, decidimos avaliar o processo de *Bonding*, bem como a perceção do suporte social afeta este processo, em mães adolescentes e mães adultas. Este tema insere-se na controvérsia a que se tem vindo entre investigadores, sobre os malefícios da maternidade adolescente (Carlos, Pires, Cabrita, Alves, Araújo, & Bentes, 2007; Ferreira, 2007; Nunes, 2012). Como antes referido na parte teórica deste trabalho, a adolescência é uma fase da vida de profundas modificações físicas, psíquicas e sociais. Do mesmo modo, a maternidade requer reajustes na mulher, como a alteração do seu corpo e a alteração de papéis. São duas fases da vida que passam por um momento de crise (Carvalho, Leal & Sá, 2004).

Segundo os estudos realizados sobre a maternidade na adolescência é esperado que a maior parte das mães adolescentes não tenha planeado a gravidez e a mesma tenha acontecido antes do casamento (Harris, 1998). Estes fundamentos teóricos vão ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, quando comparadas com mães adultas ($n = 29$; 34.5% solteiras), a

grande maioria das mães adolescentes são solteiras (n= 28; 58.3%), apenas uma se encontra casada (3.6%). Em relação ao planejar da gravidez, os resultados do nosso estudo também vão ao encontro do que o autor refere. Comparando os dois grupos fica claro que a percentagem de mães adultas que planeou a sua gravidez (65.5%) é muito mais elevada que a percentagem de mães adolescentes que também planeou a gravidez (21.4%). Isto significa que em 28 mães adolescentes apenas 6 jovens planejaram a gravidez, considerando as restantes a gravidez como um acidente. Uma gravidez não planeada afeta a vida adolescente e de quem a rodeia, uma vez que exige reajustes psicológicos individuais e familiares difíceis de serem elaborados e aceites (Correia & Alves, 1990).

A maternidade na adolescência está associada a uma baixa escolaridade, desemprego ou precariedade do emprego e pobreza (Canavarro & Pereira, 2001), o que é consistente com os nossos resultados onde se verifica que a maior parte das mães adolescentes apenas concluíram o 2º ciclo de escolaridade, um fator que está associado à sua idade mas também às consequências da maternidade nesta fase de desenvolvimento. Pudemos verificar que as suas contrapartes, as mães adultas, tiveram a oportunidade de continuar os estudos e por isso a grande maioria, das inquiridas neste estudo, têm um curso superior. Relativamente ao nível socioeconómico de cada grupo, também é previsto que o grupo de mães adultas tenha um nível socioeconómico mais favorável que as mães adolescentes. O mesmo se verifica nos dados do nosso estudo, a maior parte das mães adolescentes não têm qualquer tipo de rendimentos e também não nos foi possível obter resultados do rendimento familiar destas jovens devido à grande maioria fazer parte de uma instituição e serem apoiadas por essa mesma instituição a nível económico.

A fim de perceber quais as diferenças entre o grupo de mães adultas e o grupo de mães adolescentes quando se fala em *Bonding*, aplicamos o teste *Mother-Baby Bonding Questionnaire*. Apenas três fatores clínicos relevaram resultados com valores estatisticamente significativos. Verificamos que no fator idade há uma correlação negativa no *bonding* negativo ($r = -.38$; $p < .05$) das mães adultas, isto permite-nos concluir que o *bonding* é uma função da idade: quando esta aumenta, diminui o *bonding* negativo. Quando ambos os grupos foram inquiridos se recebiam apoio do pai da criança, o grupo das mães adultas na sua totalidade (100%) responderam que o pai da criança lhes prestava apoio no que se referia ao seu filho. O mesmo não se verificou no grupo de mães adolescentes, já que apenas 19 mães (67.86%) recebiam apoio do pai do seu bebé, o que significa que as restantes 9 mães (32.14%) não recebiam qualquer tipo de apoio do pai do seu bebé. Portanto, o não receber apoio do pai está associado à idade da mãe e a um “*bonding negativo*” da mãe para com o seu bebé, pois as mães adolescentes que não recebiam apoio apresentaram um $PM = 18.94\%$; $Z = -2.09$; $p < .05$ no fator “*bonding negativo*”. Segundo Diener et al., (2008), mães que possuem relações mais positivas e íntimas e beneficiam de maior suporte por parte dos parceiros, apresentam padrões de vinculação mais seguros, que por consequência fará com que a vinculação ao bebé seja mais

Bonding Materno: um estudo com mães adultas e mães adolescentes

Iolanda Machado (iolanda_machado3@hotmail.com) 2014

favorável. O outro fator clínico que apresentou um resultado estatisticamente significativo foi relativo à questão se as mães tiveram problemas durante a sua gestação. O grupo de mães adultas quando foi inquirido sobre este assunto não apresentou diferenças estatisticamente significativas a nível do “*bonding positivo*” (quando tiveram problemas durante a gestação PM = 13.00%; Z = -.63; p = .53/ quando não tiveram problemas durante a gestação PM = 15.42%; Z = -.63; p = .53) “*bonding negativo*” (quando tiveram problemas durante a gestação PM = 18.50%; Z = -1.20; p = .23/ quando não tiveram problemas durante a gestação PM = 14.27%; Z = -1.20; p = .23) e do “*bonding not clear*” (quando tiveram problemas durante a gestação PM = 19.70%; Z = -1.47; p = .14/ quando não tiveram problemas durante a gestação 24; PdM = 14.02%; Z = -1.47; p = .14), a maior parte revelou que quando tinham problemas durante a gestação o seu índice de *bonding* negativo aumentava. Contrariamente, as mães adolescentes apresentaram resultados paradoxais quando foram inquiridas sobre o mesmo. Quando tinham problemas durante a gestação apresentavam valores do “*bonding positivo*” (PM = 16.58%; Z = -.78; p = .44) mais elevados do que quando não tinham problemas durante a gestação (PM = 13.93%; Z = -.78; p = .44), embora os resultados não sejam estatisticamente significativos é importante referir que era esperado que os valores de *bonding* positivo fossem mais elevados quando não tivessem tido problemas durante a gestação e não o contrário. Quando as mães descrevem problemas durante a gestação os valores de *bonding negativo* (PM = 8.58%; Z = -2.11; p = .04) são mais baixos do que quando não apresentam qualquer tipo de problemas durante a gestação (PM = 16.11%; Z = -2.11; p = .04). O “*bonding not clear*” foi o único que apresentou valores que não se entendem como controversos, quando inquiridas se tinham tido problemas durante a gestação apresentavam valores (PM = 17.08%; Z = -.88; p = .38) e quando não tinham tido problemas (PM = 13.80%; Z = -.88; p = .38). Ao fazermos uma apreciação dos dois grupos em estudo, deparamos com esta situação bastante controversa, isto é o de saber porque é que as mães adolescentes apresentavam valores mais elevados de *bonding* negativo, quando não descrevem problemas durante a sua gestação, já que o esperado seria exatamente o contrário. Esta paradoxalidade poderá estar relacionada com a defesa intensidade *versus* negação, que é explicada pela forma como as adolescentes investem na gravidez e a forma como a vivenciam. Eventualmente, as adolescentes que se demonstram mais preocupadas com a sua gravidez, tendem a sentir e a reportar as dificuldades de forma mais intensa. Contrariamente, as que não vivenciam a gravidez, de forma tão intensa ou mesmo a negam, tendem a não sentir nada e perante o bebé real é a insuficiência desta defesa que se revela. Não nos foi possível encontrar qualquer tipo de estudo que evidenciasse e analisasse este problema. De qualquer modo, a ser verdadeira, será necessário que estudos futuros confirmem esta relação.

Relativamente às correlações feitas entre os fatores e a escala total, com os fatores da escala de *Bonding* foi-nos possível concluir que entre os fatores havia apenas uma correlação negativa significativa entre o “*bonding*

Bonding Materno: um estudo com mães adultas e mães adolescentes

Iolanda Machado (iolanda_machado3@hotmail.com) 2014

negativo” e o “*bonding* positivo” ($r = -.46$; $p = <.05$), esta correlação apesar de ser negativa diz-nos que à medida que o *bonding* negativo vai diminuindo o *bonding* positivo vai aumentando. A escala total tem correlações significativas positivas com quase todos os fatores (total do *bonding* e *bonding* negativo ($r = .46$; $p = <.05$) e total do *bonding* e *bonding not clear* ($r = .82$; $p = <.01$)) menos com o *bonding* positivo que não tem qualquer tipo de significância. No grupo de mães adultas quando correlacionamos os fatores da escala de *Bonding* entre si e a escala total com os fatores inferimos que não haviam resultados estatisticamente significativos entre os fatores da mesma escala. O mesmo não acontece quando cruzamos a escala total com os fatores, obtemos correlações positivas estatisticamente significativas em todos os fatores da escala de *Bonding* com a escala total de *Bonding* (total do *bonding* e *bonding* positivo ($r = .41$; $p = <.05$), total do *bonding* e *bonding* negativo ($r = .50$; $p = <.01$) e total do *bonding* e *bonding not clear* ($r = .76$; $p = <.01$)). Portanto, foi-nos possível verificar que consoante aumentava a idade das mães o fator “*bonding* negativo” ia diminuindo e por consequência o “*bonding* positivo” ia aumentando. Nos restantes resultados do teste de *bonding*, não houve mais nenhum resultado que se destacasse significativamente, os valores obtidos eram os esperados quando se comparam estes dois grupos de faixas etárias distintas. O *bonding* tem sido descrito tendo em conta dois aspetos: o primeiro relaciona-se com a preocupação com a segurança e bem-estar do bebé, o segundo diz respeito ao investimento emocional e ao espaço mental que o bebé ocupa no universo representativo dos pais (Figueiredo, 2003). Comparadas com mães adultas, as mães adolescentes revelam comportamentos parentais um tanto distintos. Isto pode estar associado ao próprio pensamento adolescente, que se caracteriza pelo egocentrismo, o que contribuiu para que estas mães não se liguem afetivamente aos seus bebés como as mães adultas (Carlos et al., 2007).

Como já referido anteriormente o suporte social é um constructo multidimensional, que se liga aos recursos materiais e psicológicos promovidos pelas redes sociais de cada indivíduo (Siqueira, 2008). Na maternidade o suporte social tem uma grande influência na forma como a mulher se vai adaptar e vincular ao seu bebé (Gjerdingen & Chaloner 2004). Relativamente aos resultados apurados, verificamos que a correlação entre a escala de *Bonding* e a escala ESSS no grupo de mães adolescentes não apresenta qualquer tipo de resultados estatisticamente significativos. Encontramos resultados significativos apenas quando cruzamos o total da escala ESSS com os fatores do mesmo teste, total do ESSS com a “satisfação com os amigos” ($r = .70$; $p = <.01$); total do ESSS com a “intimidade” ($r = .38$; $p = <.05$), total do ESSS com “satisfação com a família” ($r = .72$; $p = <.01$); total do ESSS com as “atividades sociais” ($r = .40$; $p = <.05$). Devido a nos termos deparado com este problema (ausência de dados de resultados estatisticamente significativos nesta escala), optamos por utilizar uma segunda escala de suporte social a fim de complementar estes dados. Assim, a escala EIESS mostrou-nos que as mães adolescentes apresentam correlações estatisticamente significativas e positivas no “*bonding* positivo”

Bonding Materno: um estudo com mães adultas e mães adolescentes

Iolanda Machado (iolanda_machado3@hotmail.com) 2014

quando tinham “questões de falta de tempo, apoio, capacidade de decisão e mobilidade” ($r = .41$; $p < .05$), “demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória” ($r = .51$; $p < .01$) e na escala total do EIESS ($r = .38$; $p = <.05$). Consoante os resultados obtidos nas correlações positivas, concluímos que à medida que aumenta a satisfação das referidas subescalas e da escala total, o *bonding* positivo também aumenta. Relativamente às outras duas subescalas do *bonding*, *bonding* negativo e *bonding* not clear e os valores totais da escala, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos. A adaptação à parentalidade depende também do contexto em que o indivíduo se insere, nomeadamente das relações que estabelece e dos vários papéis que desempenha (Moura-Ramos & Canavarro, 2007). No caso de mães adolescentes institucionalizadas, os técnicos da instituição promovem o suporte social necessário para que estas jovens desenvolvam sentimentos de autoestima e adaptação saudáveis, permitindo que estas mães desenvolvam um bom vínculo mãe-bebé. Portanto, o suporte social na maternidade favorece um maior controlo do ambiente e autonomia, fornecendo esperança, apoio e proteção à mulher (Coutinho, Baptista & Morais, 2002).

Já nas mães adultas, quando correlacionamos os fatores da escala de *Bonding* com os fatores da escala ESSS de suporte social, verificamos correlações positivas entre o “*bonding* positivo” e “satisfação com os amigos” ($r = .46$; $p = <.05$), “*bonding* positivo” e “intimidade” ($r = .45$; $p = <.05$) e “*bonding* positivo” e “escala total do ESSS” ($r = .48$; $p = <.01$). Estes valores indicam, mais uma vez, a importância do suporte social, pois que estas evidenciam que o aumento da satisfação nestas subescalas corresponde um aumento no *bonding* positivo. Relativamente ao *bonding* negativo inferimos correlações negativas estatisticamente significativas em relação a algumas subescalas do ESSS, e “satisfação com os amigos” ($r = -.39$; $p = <.05$), “*bonding* negativo” e “intimidade” ($r = -.44$; $p = <.05$), “*bonding* negativo” e “satisfação com a família” ($r = -.47$; $p = <.05$) e “*bonding* negativo” e “escala total do ESSS” ($r = -.53$; $p = <.05$). Segundo estas correlações podemos explicar que à medida que aumentam os índices de suporte social, o *bonding* negativo diminui. Uma vez que foi utilizada outra escala de suporte social (EIESS) para complementar a escala ESSS no grupo de mães adolescentes, o mesmo teria de ser feito no grupo de mães adultas. Portanto, obtemos correlações positivas entre o “*bonding* positivo” e “demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória” ($r = .39$; $p = <.05$) e o “*bonding* positivo” e “envolvimento socioemocional” ($r = .60$; $p = <.01$). Consoante aumenta a satisfação nestes fatores do suporte social o *bonding* positivo também aumenta. Também obtemos correlações negativas entre o “*bonding* negativo” e “questões de falta de tempo, apoio, capacidade de decisão e mobilidade” ($r = -.43$; $p = <.05$), “*bonding* negativo” e “demasiada dependência de outros e ausência de uma vida sexual satisfatória” ($r = -.38$; $p = <.05$) e “*bonding* negativo” e “total do EIESS” ($r = -.47$; $p = <.05$). Estas correlações negativas sugerem, mais uma vez, que à medida que aumentam os índices de suporte social, o *bonding* negativo diminui. Os resultados obtidos no grupo de mães adultas

diferem bastante dos resultados do grupo de mães adolescentes. Isto pode dever-se ao facto de as mães adultas disporem de um maior suporte social. O facto de estas mulheres serem casadas ou viverem em união de facto, permite-lhes ter uma maior satisfação com o suporte percebido por parte do marido, da família e dos amigos, permitindo que tenham mais disponibilidade para si mesmas. Logo, ter uma boa rede de suporte social vai permitir que a mãe adquira uma maior sensibilidade na interação com o seu bebé, o que não se verifica comparativamente com as mães que não têm qualquer tipo de suporte social. Assim, as mães que comportam uma boa rede de suporte social têm a oportunidade de ter as suas necessidades emocionais atendidas, tornando-se mais aptas para se focarem nas necessidades dos seus bebés (Goldstein et al., 1996).

VI – Conclusões

Apesar de já existirem estudos sobre o *bonding* materno, achamos que seria interessante comparar este tema em dois grupos de faixas etárias distintas visto que o *bonding* materno não é vivido de forma igual em mães adolescentes e mães adultas.

Da investigação existente sobre este tema, constatamos que a vinculação materna é um processo gradual de envolvimento afetivo entre a mãe e o bebé, que se constrói com o desenvolvimento de determinadas competências. É neste contexto que sustentamos teoricamente o objetivo geral deste trabalho: estudar a relação entre o *bonding* e o suporte social na relação mãe-bebé em dois grupos de mães diferenciados pela idade e nível de desenvolvimento.

Os resultados evidenciam a existência de relações estatisticamente significativas entre algumas das variáveis clínicas e de suporte social e o *bonding*. Foi-nos possível compreender que a idade, uma gravidez planeada e a ajuda do pai em relação ao bebé, são três aspetos fundamentais para o desenvolvimento de uma boa relação mãe-bebé. Neste caso, compreendemos que consoante aumenta a idade, o *bonding* positivo também aumenta. Quando a gravidez era planeada foi-nos possível compreender a forma como a mãe se relaciona com o bebé, pois as mães que tinham planeado a sua gravidez apresentavam níveis de *bonding* positivo mais elevado que as mães que não tinham planeado a sua gravidez. Relativamente à ajuda do pai em relação ao bebé podemos associar esta ajuda a uma fonte de suporte social e, como verificámos nos nossos resultados, o suporte social é um fator de grande importância na vida de uma mãe, pois é ele que vai permitir que a mesma sinta que as suas necessidades emocionais são atendidas, tornando-a mais apta para estabelecer uma boa relação mãe-bebé. Visto que em avaliação estava um grupo de mães adolescentes em que maioria fazia parte de uma instituição, pudemos concluir que são jovens com carência a nível do suporte social por parte da família e dos amigos. Embora as instituições tentem colmatar esta falha, a substituição do apoio familiar e do grupo de pares nunca será entendida pelas mães adolescentes da mesma forma, daí

este grupo apresentar níveis de *bonding* negativo associado ao suporte social mais elevados que o grupo das mães adultas.

Deparamo-nos com algumas questões que não nos foi possível dar resposta devido a não encontrarmos estudos realizados nessa área, por isso fica em aberto a hipótese antes levantada: a de que as mães adolescentes tendem a apresentar valores mais elevados de *bonding* positivo quando descrevem problemas durante a gestação; e quando não descrevem esses problemas, tendem a apresentar valores de *bonding* negativo mais elevados. Portanto, seria deveras interessante que se pudesse fazer uma investigação neste sentido, tendo os problemas durante a gestação o foco principal da investigação.

Como limitações deste estudo destacamos a dimensão da amostra que, por ser reduzida, pode ter comprometido resultados que poderiam ter sido mais significativos e representativos das populações em questão. A dificuldade de acesso às jovens adolescentes institucionalizadas está directamente relacionada com a primeira limitação, o que limita o estudo desta população. Outra das limitações encontrada ao longo do trabalho foi a dificuldade na recolha de bibliografia de carácter actual relacionada com o *bonding*.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. En C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (eds.), *The place of Attachment in human Behaviour* (pp. 3-30). Londres: Tavistock.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Baptista, M. N. (2005) Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): Estudos psicométricos preliminares. *PSICO-USF*, 10(1), 11-19.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in the health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 245-254.
- Boeckel, G. M., Wagner, A., Ritter, F., Sohne, L., Schein, S., & Oliveira, G. R. (2011). Análise Factorial so Inventário Percepção de Vinculação Materna. *Interamerican Journal of Psychology*, 3(45), 439-448.
- Bowlby, J. (1976). A natureza da ligação da criança com a mãe. In L. Soczka (ed.), *As ligações infantís* (pp. 105-153). Lisboa: Livraria Bertrand.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment: Attachment and loss: Vol. 2*. London: Basic Books
- Bowlby, J. (1988). *A Secure base: clinical application of attachment theory*. London: Routledge.
- Brazelton, B. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Canavarro, M., & Pereira, A. (2001). Gravidez e Maternidade na adolescência: Perspetivas Teóricas. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Carlos, A., Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C. & Bentes, M. (2007). Comportamento Parental de Mães Adolescentes. *Análise Psicológica*, 2: 183-194.
- Carvalho, A., Leal, I., & Sá, E. (2004). Adolescência e gravidez: autoestima e ansiedade em grávidas adolescentes. In E. Sá (Ed.), *A maternidade e o bebé* (pp. 45-68). Lisboa: Fim do século.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Correia, M. J., & Alves, M. J. (1990). Gravidez na adolescência: o nascimento de uma consulta e de um programa de intervenção. *Análise Psicológica*, 8 (4), 429-434.
- Crockenberg, B. (1981) Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development* 52(3),857-865.
- Coutinho, D., Baptista, M., & Morais, P. (2002). Depressão pós-parto: Prevalência e correlação com o suporte social. *Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência*, 2(10), 63-71.
- Diener, M., Isabella, R., Behunin, M., & Wong, M. (2008). Attachment to mothers and fathers during middle childhood: Associations with child gender, grade, and competence. *Social Development*, 17, 84-101.
- Ferreira, M. P. (2007). A maternidade precoce: tendência e perfis. *Psicologia da saúde*, Vol. 26 (1), 63-76.
- Figueiredo, B. (1996). A interação mãe-bebê. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 117-132.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 18 (4), 485-498.
- Figueiredo, B. (2003) Vinculação maternal: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebê. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 3(3), 521-539.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005) – Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebê. *Psychologica*. Coimbra, (40), 133-154.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal Child Health Journal*, 13, 539-549.

- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 649–667). New York, NY: The Guilford Press.
- Gjerdingen, D. K., & Chaloner, K. (2004). Mother's experience with household roles and social support during the first postpartum year. *Women & Health, 2*(4), 57-75.
- Glazer, S. (2006). Social Support across cultures. *Internacional Journal of Intercultural Relations, 30*(5), 605-622.
- Goldstein, L. H., Diener, M. L., & Mangelsdorf, S. C. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: association with maternal behavior. *Journal of Family Psychology, 10*(1), 60-71.
- Harris, J. L. J. (1998). Urban African American Adolescent Parents: Their perceptions of sex, love, intimacy, pregnancy and parenting. *Adolescence, 133*, 91-105.
- Isabella, R. A., & Belsky, J. (1985). Marital change during the transition to parenthood and security of infant-parent attachment. *Journal of Family Issues, 6*(4), 505–522.
- Isabella, R. A. (1994). Origins of maternal role satisfaction and its influences upon maternal interactive behavior and infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development, 17*, 381–387.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). Maternal-infant bonding. Saint Louis: The C. V. Mosby Company. In Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal Child Health Journal, 13*, 539-549.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (1995). *Bonding: Building the Foundations of Secure Attachment and Independence*. USA: Addison Wesley Publishing Company.
- Krpan, K. M., Coombs, R., Zinga, D., Steiner, M., & Fleming, A. S. (2005). Experiential and hormonal correlates of maternal behavior in teen and adult mothers. *Hormones and Behavior, 47*(1), 112–122.
- Kumar, R., Robson, K.M., & Smith, A.M.R. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research, 28*(1), 43-51.

- Lin, N., Dean, A., Ensel, W. M. (1981). Development of social support scales. *Proceeding of the third biennial conference on health survey methods*. Washington DC: National Center for Health Services Research, 201-211.
- Mendes, T. (2007). *Mães adolescentes: Adaptação à maternidade, identidade e vinculação*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Mitchell, J. C. (1969). The concept and use of social network. In J. C. Mitchell (Ed.), *Social networks in urban situations: Analysis of personal relationships in central African towns* (pp.29-42). Manchester: Manchester University Press.
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: comparação da reatividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise psicológica*, 25 (3), 399-413.
- Muller, M. E. (1994). A questionnaire to measure mother to infant attachment. *Journal of Nursing Measurement*, 2(2), 129-141.
- Nunes, A. S. (2012). Esperando o future: a maternidade na adolescência. *Psysis Revista de Saúde Coletiva*, Vol.1, 53-75.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, Qualidade da Relação com Figuras Significativas e da Aliança Terapêutica e Sintomatologia Psicopatológica: Estudo exploratório com Mães Adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 35-59.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2009). Qualidade do relacionamento com pessoas significativas: comparação entre grávidas adolescentes e adultas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11 (2), 129-144.
- Paixão, Rui A. P; Oliveira, R.. 1996. "Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social ", *Psychologica*, 16, 83 - 99.
- Peters, J. K. (1999). *Mães que trabalham fora: segredos para conciliar a vida profissional e familiar*. São Paulo: Mandarin

- Preuss, M. R. G. (1986). Atitudes maternas e tipo de cuidados alternativos escolhidos por mães que trabalham fora. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2(3), 213-225.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. (2006). Apoio social e experiencia da maternidade. *Revista Bras Crescimento Desenvolvimento Humano*. Vol. 16(1), 85-96.
- Ribeiro, J. (1999). *Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)*. Análise psicológica, 3(19), 547-548.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. (2). Lisboa: Fim do século.
- Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Ann. Epidemiol.* 6, 442-451.
- Schwengber, D. & Piccinini, C. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebé no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-240.
- Simons, R. L. & Johnson, C. (1996). The impact of marital and social network support on quality of parenting. In G.R. Pierce, B. R. Sarason, & I. J. Sarason. (Orgs) *Handbook os Social Support and the Family*, 269-287, New York: Plenum Press.
- Siqueira, M. (2008). Construção e Validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo Maringá*, 13, 381-388.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência: Estudo intergeracional mãe-filho(a)*. Braga, Portugal: Editora da Universidade do Minho.
- Soares, I., (2001). Vinculação e cuidados maternos: Segurança, proteção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In M. C. Canavarro (ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.75-104). Coimbra: Quarteto Editora.
- Soares, Isabel. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Spinner, R., M. (1978). Maternal-Infant Bonding. *Can Fam Physician* 24: 1151-1153.
- Taylor, A., Doré, D., Kumar, R., & Glover, V. (2001). Mother-Baby bonding: correlations with early mood and methods of delivery. *Journal of Affective Disorders*, 10, 15-27.

- Thomas, E., & Rickel, A. (1995). Teen pregnancy and maladjustment: A study of base rates. *Journal of Community Psychology, 23* (3), 200-215.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior, 27*, 78-89.
- Winnicott, D. W. (1968). Communication between infant and mother, and mother and infant, Compared and contrasted. London: Free Association Books.
- WHO, World Health Organization (1986). *Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All*. Technical Report Series 731. Geneva: WHO.

ANEXOS

ANEXOS I
Protocolo da Investigação

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS PELA PESQUISA

INVESTIGADORA:

Iolanda Luís Gonçalves Machado. Estudante da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Contacto: 913555880 Email: iolanda_machado3@hotmail.com

ORIENTADOR:

Portugal/ Coimbra: Prof. Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão. Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTIFICA:

1. TITULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “Bonding Materno: um estudo com mães adultas e mães adolescentes”

1. Fundamentação e Objetivos:

O principal objetivo deste estudo passa por avaliar a forma como as grávidas e mães percebem a ligação mãe-bebé e a forma como percecionam o suporte social nesta fase das suas vidas.

2. Procedimentos:

As participantes são convidadas a participar nesta pesquisa que inclui os seguintes instrumentos:

1- Questionário sociodemográfico;

2- Questionário sobre a gravidez e o nascimento;

3- Escala de Bonding

4- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**5- Escala Instrumental de Suporte Social****Consentimento Informado:**

Todas as participantes deverão assinar uma folha de consentimento informado depois de esclarecidas de todos os objetivos, procedimentos e tarefas a realizar, no caso aceitem participar. Consentimento Informado envolve as seguintes informações:

Consentimento Informado

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido assume que:

1. Esclarecimento: Obteve todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa”.

2. Sigilo profissional: Que os dados pessoais das adolescentes sob responsabilidade da instituição serão mantidos em sigilo e que os resultados gerais obtidos através desta pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluindo a sua publicação na literatura científica especializada.

3. Consentimento: “O Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável”.

III - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora, conforme registro dos itens I a II, consinto em permitir que a adolescente sob minha responsabilidade participe, como voluntário do Projeto de Pesquisa supra citado sob a responsabilidade da referida no inciso II deste documento.
Coimbra/Pt. _____ de _____ de 2014

Assinatura do participante ou responsável Legal

Pesquisadora Responsável: Iolanda Luís Gonçalves Machado

Questionário Sociodemográfico

Introdução: As perguntas que se encontram a seguir são em relação a si e à sua família. Não tem que assinar nem escrever o nome em nenhum local desta folha. Os dados que nos der serão usados para compreender melhor a maternidade na adolescência e a maternidade em adultos. É importante que seja o mais honesta possível e que responda a todas as questões.

Sexo:

- Feminino
- Masculino

Idade: _____

Idade Gestacional (idade que tinha quando esteve grávida): _____

Estado Civil:

- Solteira
- Casada
- Divorciada
- Divorciada com companheiro
- Viúva
- Viúva com companheiro
- União de facto/vive junta
- Companheiro
- Separada

Outro: _____

Escolaridade:

- Analfabeto
- Sabe ler e escrever
- 1º Ciclo/Instrução primária
- 2º Ciclo/9º ano/antigo 5º ano
- 3º Ciclo/ 10º ano ao 11º ano/7º ano complementar
- 12º ano
- Curso Médio
- Curso Superior

Outro: _____

Nível Sócioeconómico:

- 485-600 €
- 600-1000 €
- 1000-1500€

Superior a 1500€

Outro: _____

Quantos filhos tem?

Se tem mais do que um são todos do mesmo marido/companheiro?

Sim

Não

Vive com o pai da criança?

Sim

Não

Recebe apoio do pai do bebé?

Sim

Não

Quanto tempo durou a sua gravidez? Em semanas se possível:

A sua gravidez foi planeada?

Sim

Não

Se não foi como a aceitou?

Bem

Mal

Muito Mal

Recebe algum apoio de alguma instituição?

Sim

Não

Se recebe especifique esse tipo de apoio:

Idade da criança: _____

Informações sobre o pai da criança

Idade: _____

Profissão: _____

Estado Civil:

Solteiro

Casado

- Divorciado
- Divorciado com companheira
- Viúvo
- Viúvo com companheira
- União de facto/vive junto
- Companheira
- Separado

Outro: _____

Teve conhecimento desta sua gravidez?

- Sim
- Não

Se teve conhecimento, como reagiu?

- Rejeitou
- Mal
- Bem
- Muito Bem

Questionário sobre a gravidez e o nascimento

Esta gravidez foi planeada?

- Sim
- Não

Como reagiu quando descobriu que estava grávida?

- Muito negativamente
- Ficou aborrecida mas depois conformou-se
- Ficou satisfeita
- Ficou muito satisfeita

Nesta gravidez fez consultas regulares de seguimento a grávidas?

- Sim
- Não

Quantas consultas teve?

Quem a acompanhou à maternidade quando teve o bebé?

Logo após o parto teve contato com o bebé?

- Sim
- Não

Ficou contente quando soube o sexo do seu bebé?

- Sim
- Não

Amamentou o seu filho na primeira hora logo após o nascimento?

- Sim
- Não

Está atualmente a amamentar o seu filho?

- Sim
- Não

O seu parceiro colabora para o bem-estar da criança?

- Bastante
- Um pouco
- Não

Enquanto esteve no hospital, permaneceu sempre ao lado do seu bebé?

- Sim
- Não

Perdeu algum filho anteriormente?

Se sim, há quanto tempo?

Gestação com complicações?

- Sim
- Não

Se sim, quais foram as complicações e em que momento da gravidez?

Consumos durante a gravidez:

- Tabaco
- Álcool
- Drogas
- Nenhum

Outro: _____

Peso do bebé ao nascer?

Parto por via vaginal?

- Sim
- Não

Parto com complicações?

- Sim
- Não

Se sim, quais?

Escala de Bonding

Apresentamos alguns adjetivos que podem descrever o modo como se sentem em relação ao seu bebê. Assinale até que ponto as palavras se adequam ao modo como se sente neste momento.

	Muito	Bastante	Um pouco	De modo nenhum
Afetuososa				
Desiludida				
Neutra, sem sentimentos				
Possessiva				
Ressentida				
Desgostosa				
Protetora				
Alegre				
Agressiva				
Receosa				
Zangada				
Triste				

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco números. Marque um círculo à volta do número que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá assinalar a letra E.

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

passo com a minha família.					
11- Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12- Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13- Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14- Estou satisfeito(a) com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15- Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

Escala Instrumental e expressiva de Suporte Social (EIESS)

Apresentam-se de seguida uma lista de problemas que por vezes as pessoas têm. O que lhe é pedido é que assinale a quantidade de vezes com que se deparou com cada uma das situações nos últimos 6 meses.

	1 Sempre ou quase sempre	2 Algumas vezes	3 Menos vezes	4 Raramente	5 Nunca
Ter problemas económicos	1	2	3	4	5
Não ter uma pessoa amiga	1	2	3	4	5
Ter demasiadas responsabilidades	1	2	3	4	5
Não ter pessoas de quem possa depender	1	2	3	4	5
Ter demasiadas exigências ao mesmo tempo	1	2	3	4	5
Não ter uma vida sexual satisfatória	1	2	3	4	5
Ter problemas de comunicação com as pessoas	1	2	3	4	5
Estar pouco tempo com aqueles que se sente mais próxima	1	2	3	4	5
Decidir no que vai gastar dinheiro	1	2	3	4	5

Ter poucas responsabilidades	1	2	3	4	5
Não ter ninguém que se preocupe com os seus problemas	1	2	3	4	5
Ter pouco tempo de lazer	1	2	3	4	5
Não ter dinheiro suficiente para fazer as coisas que gosta	1	2	3	4	5
Ter problemas em relacionar-se com pessoas	1	2	3	4	5
Não ter um emprego gratificante e satisfatório	1	2	3	4	5
Sentir-se demasiado controlada pelos outros	1	2	3	4	5
Não ter dinheiro suficiente para comprar o que quer	1	2	3	4	5
Não estar satisfeita com o seu estado civil	1	2	3	4	5
Ter poucos amigos verdadeiros	1	2	3	4	5
Ter problemas com o cônjuge ou companheiro	1	2	3	4	5
Não ter ninguém que lhe dê afeto e a aceite	1	2	3	4	5
Sentir-se demasiado dependente dos outros	1	2	3	4	5
Há pessoas que interferem nas coisas que quer fazer	1	2	3	4	5
Ter problemas com familiares	1	2	3	4	5
Não ter ninguém que a entenda	1	2	3	4	5
Ter demasiado tempo livre	1	2	3	4	5
Ter conflitos com pessoas que lhe são próximas	1	2	3	4	5
Não conseguir ir a algum lado por falta de transporte	1	2	3	4	5