

RITA BELO SEQUEIRA

**A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE EM FAMÍLIAS MONOPARENTAIS E
FAMÍLIAS INTACTAS**

Orientador: Professora Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2018

RITA BELO SEQUEIRA

**A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE EM FAMÍLIAS MONOPARENTAIS E
FAMÍLIAS INTACTAS**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 7 de Março de 2018, com o Despacho de Nomeação de Júri nº 359/2017 do dia 23 de Outubro de 2017, mediante a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Patrícia Pascoal

Arguente: Professora Doutora Ana Fonseca (FPCEUC)

Orientadora: Professora Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2018

A família é o palco em que se vive as emoções mais intensas e marcantes da experiência humana. É o lugar onde é possível a convivência do amor e do ódio, da alegria e da tristeza, do desespero e da desesperança.

(Wagner, 2002, p. 35-36)

Rita Belo Sequeira. A experiência da maternidade em famílias monoparentais e famílias intactas.

Aos meus pais e ao António por me fazerem sentir o melhor que a família tem com seu apoio incondicional e o maior amor do mundo.

Agradecimentos

A minha dissertação fala de mães. De mães e das suas relações com os seus filhos, como tal, não poderia deixar de falar e agradecer à minha mãe, por ser a melhor do mundo e pelo papel importante que teve, tem e terá em tudo na minha vida. Como eu acredito que o papel do pai é tão importante como o de uma mãe, quero agradecer ao meu pai, do fundo do coração pela sua presença constante, por todos os esforços, carinho, atenção, paciência, apoio e amor incondicional que me deu e que é recíproco. Se cheguei aqui foi por vossa causa.

Ao António por ter permitido que eu soubesse o que é o amor maternal mesmo que, por um filho emprestado. É imenso.

Gostaria de agradecer à Professora Bárbara, pela sua incondicional disponibilidade, pela atenção que sempre teve ao longo deste ano. Pelo conhecimento que nos transmitiu, pela ajuda constante e incansável. Por ser a nossa 'rosa-dos-ventos' e nos orientar sempre.

Por último gostaria de agradecer às pessoas que me ajudaram a recolher a amostra e às pessoas que se disponibilizaram a responder, sem a vossa ajuda este projecto não seria feito. Muito obrigada.

Resumo

O conceito de família tem vindo a mudar, registando-se um aumento do número de famílias monoparentais em Portugal nos últimos anos. A literatura revelou uma vulnerabilidade acrescida das famílias monoparentais, o que ilustra a pertinência de comparar a experiência de maternidade nas famílias monoparentais e nas famílias intactas. Neste estudo, foram consideradas variáveis como: a responsividade materna, a confiança parental, o stress associado ao nascimento de um filho, a qualidade de vida e a fadiga. Nesta investigação, participaram 252 mães, 215 em famílias intactas e 37 em famílias monoparentais. Na responsividade materna, verificaram-se diferenças entre os grupos, sendo que as famílias intactas têm níveis superiores de responsividade. Quanto à qualidade de vida, à fadiga, à confiança parental e ao stress, não se verificaram diferenças entre os grupos. Os resultados deste estudo poderão indicar que a vulnerabilidade que é atribuída às mães de famílias monoparentais não se verifica.

Palavras-chave: Famílias intactas; Famílias monoparentais; Relação mãe/bebé;

Abstract

The concept of family has changed, and in the last few years there was an increase in the number of single-parent families in Portugal. Literature shows an increased vulnerability among single-parent families, which illustrates the relevance of comparing the experience of motherhood in single-parent families with intact families in variables such as: maternal responsiveness, parental confidence, stress associated to the birth of a child, quality of life, and fatigue. A sample of 252 mothers, 215 in intact families and 37 in single-parent families, answered the protocol. In responsiveness, there were differences between the groups, intact families displayed more maternal responsiveness than single-parent families. Regarding stress, quality of life, parental confidence and fatigue, there were no differences between the groups. The results of this study may indicate that the vulnerability that is attributed to single-parent mothers does not occur.

Keywords: Intact families; Mother / baby relationship; Single parent families;

Índice

Introdução.....	10
Tipologia de Família.....	10
Comparação entre FM e FI.....	11
Objectivo.....	13
Método.....	14
Amostra.....	14
Instrumentos.....	16
Ficha de dados sociodemográficos e clínicos.....	16
Questionário de responsividade mãe/bebé.....	16
Questionário de confiança parental.....	17
Escala de avaliação do stress.....	17
EUROHIS-QOL.....	18
Escala de avaliação da fadiga.....	18
Procedimento.....	18
Análise Estatística.....	19
Resultados.....	19
Discussão.....	20
Referências Bibliográficas	22
Anexos.....	I
Consentimento Informado.....	I
Questionários que compõem o protocolo.....	V

Índice de Quadros

Quadro 1 – Características Sociodemográficas da Amostra.....	14
Quadro 2 – Características clínicas da Amostra.....	15
Quadro 3 – Comparação de grupos na responsividade mãe/bebé, qualidade de vida, fadiga e confiança parental.....	19
Quadro 4 – Comparação dos grupos no stress	20

Introdução

Ao nascerem, os bebés têm como tarefa explorar o mundo extrauterino e a mãe assume um papel importante nessa exploração e acesso aos estímulos necessários (Silva & Porto, 2016). Outro autor, Bowlby (2006), fala da importância de o bebé vivenciar uma relação satisfatória e de amor com a mãe, sendo essa relação, segundo ele, a base do desenvolvimento da personalidade, saúde mental da criança e da exploração do meio. Também Silva e Porto (2016) verificaram que a qualidade da relação mãe-bebé é um factor importante que irá trazer benefícios ou prejuízos para a personalidade do bebé.

Existem diferentes formas de maternidade e não existe uma forma única ou correcta para a vivenciar, pois este é um complexo fenómeno psicossocial (Gutierrez, Bentes de Castro, & Silva Pontes, 2011). Este estudo focou a relação mãe/bebé e a experiência de parentalidade, tendo em conta duas configurações familiares: famílias intactas (FI) e famílias monoparentais (FM).

Tipologia de Família

Entende-se por FI, segundo Wagner e Carneiro (2000), aquela que é composta por mãe, pai e filhos biológicos. Contudo, o conceito de família tem vindo a modificar-se devido às evoluções ocorridas na sociedade na última década. Especificamente, surgiu uma nova tipologia de família formada por indivíduos do mesmo sexo e, segundo França (2009), as pessoas do mesmo sexo também constituem uma família quando existem filhos em comum. As FM são constituídas por uma mãe ou um pai que estão solteiros - seja por separação, divórcio, viuvez ou até, mais recentemente, por opção pela adoção individual ou pelo recurso individual a técnicas de reprodução medicamente assistida - e os seus filhos (Nixon, Greene & Hogan, 2012; Pinto et al., 2011 cit. in Cúnico & Arpini, 2016). Alarcão (2006) confirma que FM é aquela que está representada por apenas um dos pais.

As FI são as mais numerosas em Portugal, totalizando 1.447.809 em 2016, informação recolhida no Pordata (Setembro de 2017). Contudo, a estrutura familiar tem vindo a mudar ao longo dos anos, registando-se um aumento do número de FM em Portugal. Segundo dados do Pordata (Setembro de 2017), em 1992, o número de FM era de 203.654, enquanto, em 2016, eram mais do dobro: 436.375. Segundo a informação do Pordata, em 2016, em Portugal, as FM eram maioritariamente compostas por mães responsáveis pelos seus filhos, somando 379.133, por comparação às 57.242 FM que incluem homens.

São vários os fatores na origem de FM compostas por mulheres: concepção de um filho com alguém com quem não mantêm uma relação conjugal, separação conjugal posterior à concepção (Wall, José, & Correia, 2002), viuvez e, mais recentemente, a legalização, em muitos países, de procedimentos que permitem às mulheres ter filhos recorrendo a dadores - as quais se denominam “mães solteiras por escolha” (Golombok, Zadeh, Imrie, Smith & Freeman, 2016). Segundo Golombok, Zadeh, Imrie, Smith & Freeman, muitas mães solteiras por escolha afirmam que gostariam de ser mães com um companheiro e ter uma família tradicional. Contudo, devido à idade, consideram inviável adiar a gravidez.

Comparação entre FM e FI

Segundo Batista, Batista e Dias (2001), num estudo que explora o impacto da estrutura familiar na doença mental (nomeadamente, a depressão nos adolescentes), ‘as famílias intactas tendem a proporcionar mais estabilidade e afecto aos seus filhos do que famílias reconstituídas ou divididas’. Para Ribeiro (cit. in. Batista, Batista e Dias, 2001), a separação dos pais pode representar para o filho uma perda de segurança e de estabilidade face ao futuro e poderá influenciar o auto-conceito dos adolescentes. Para estes autores, as mudanças que têm existido actualmente nas famílias têm influência na saúde mental das crianças e adolescentes, embora não constituam o único fator de influência. Contudo, no estudo de Golombok, Zadeh, Imrie, Smith & Freeman (2016), que comparou mães solteiras por escolha e mães de FI, foram encontrados níveis similares de qualidade parental, avaliada neste estudo através de variáveis tais como ‘expressar calor/conforto’, ‘qualidade da interação’, ‘vontade da mãe em brincar’, entre outras. Também não foram encontradas diferenças na interação mãe/filho, através da observação, nestes dois tipos de contextos familiares.

Relacionadas com o vínculo mãe-bebé, destacam-se diversas variáveis, tais como responsividade materna, confiança parental e stress associado ao nascimento de um filho, de que falaremos de seguida.

Segundo Ribas & Moura (2006), a responsividade corresponde à presença de comportamentos maternos contingentes, apropriados e relacionados directamente com os comportamentos da criança. A responsividade materna é considerada um dos elementos das interações mãe-bebé com implicações significativas no desenvolvimento da criança e é uma característica desejável na relação mãe-bebé (Ribas & Moura, 2006). Piccinini, Marin, Alavarenga & Tudge (2007) investigaram a responsividade materna no terceiro mês após o

parto em FM e FI, verificando que o primeiro grupo mostrou significativamente menos responsividade que o segundo. Os autores destacaram, no entanto, que este estudo se refere ao terceiro mês de vida do bebé, uma fase em que as mães ainda se estão a habituar aos seus filhos. Nesta fase, é importante o apoio social, logo, o pai pode ter um papel especialmente relevante. Segundo Rapport e Piccinini (2006), a existência de apoio social às mães após o nascimento de um filho aumenta a responsividade materna, beneficiando o bebé. Em contrapartida, no estudo de Golombok, Zadeh, Imrie, Smith & Freeman (2016), que comparou 51 mães solteiras por escolha e 52 mães de FI, concluiu-se que as crianças filhas de mães solteiras por escolha experienciavam níveis similares de qualidade na relação mãe/filho, em comparação com o segundo grupo. Não conhecemos mais estudos que comparem estes grupos ao nível desta variável.

A confiança parental define-se como a avaliação que os progenitores fazem da sua capacidade de prestar cuidados e compreender o seu filho (Gross, Rocissano & Roncoli, 1989, cit. in. Zahr, 1993). Segundo Nazaré, Fonseca e Canavarro (2013), quando os níveis de confiança parental são baixos, podem surgir dificuldades na relação mãe-filho, nomeadamente na capacidade de tomar conta do bebé. Num estudo de Copeland e Harbaugh (2005), as autoras sugerem que as mães de FM têm menos confiança no papel materno que as mães de FI. Não conhecemos qualquer investigação que faça a comparação desta variável em mães portuguesas com filhos dos 0 aos 24 meses.

A nível do stress, num estudo realizado por Weinraub e Wolf (1983), que investigaram os efeitos do stress de vida e do apoio social na interação mãe-criança em FM e FI, os autores constataram haver diferenças entre os dois grupos, sendo que as mães de FM experienciaram mais stress de vida e referiram ter mais horas de trabalho, e menos apoio social que mães de FI. Anos mais tarde, Cairney, Boyle, Offord e Racine (2003) investigaram o stress crónico, apoio social e depressão em mães de FM e de FI. Neste estudo, concluiu-se que as mães de FM reportam mais adversidades na infância e níveis mais altos de stress crónico. No entanto, as mães de FM são menos reativas a acontecimentos negativos, devido à sua exposição crónica ao stress, que levou a que se acostumassem a lidar com as adversidades. De forma mais específica, o stress parental pode ser definido, segundo Crnic e Low (2002), como uma reacção psicológica adversa perante as exigências de ser mãe, traduzindo-se em sentimentos negativos acerca de si própria e do bebé, devidos às exigências da parentalidade. Num estudo americano de Olson e Banyard (1993), sobre as diversas fontes

de stress na vida de mães em FM com filhos pequenos (episódios stressantes na interação com os seus filhos, problemas financeiros e stresses interpessoais), concluiu que estas mães estão expostas a altos níveis de stress no seu dia-a-dia, sendo os episódios stressantes com os filhos o mais comum dos stressores. Num estudo de Copeland e Harbaugh (2005), que comparou dois grupos de mães primíparas (FM e FI) com filhos com 6-8 semanas de vida, verificaram-se níveis mais altos de stress parental no grupo de mães solteiras. Para os autores, tal resultado poderá decorrer de as FM experienciarem menos apoio social que as FI.

Para além destas variáveis relacionadas com o vínculo mãe-bebé, existem outras que consideramos pertinentes: a qualidade de vida e a fadiga (indicadores de adaptação).

Sobre a definição de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS), assume que é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Relativamente a estudos portugueses que foquem a qualidade de vida em mães de crianças pequenas, apenas conhecemos trabalhos com amostras de mães com filhos com diagnóstico médico, como o caso da paralisia cerebral (Carvalho, Rodrigues, da Silva, & Oliveira., 2017). Relativamente à comparação entre mães de FM e de FI, numa investigação israelita, não se verificaram diferenças significativas entre mães solteiras por escolha e mães casadas (Segal-Engelchin & Wozner, 2008).

Segundo Michielsen, Vries, Heck, Vijver & Sijtsma (2004), a fadiga pode ser sentida tanto a nível físico como psicológico, sendo que a fadiga mental reduz as capacidades psicológicas e diminui a capacidade de ação. Não conhecemos qualquer estudo em Portugal que compare a fadiga em mães de FM e de FI. No entanto, um estudo focado na fadiga no período pós-parto (McQueen & Mander, 2003) fala da fadiga experienciada por recém-mães, o que ameaça a sua saúde física, mental e o bem-estar social, podendo ter implicações na interação mãe-bebé. Este estudo demonstrou ainda que o suporte social, tanto da parte da avó como do pai do bebé, é importante para colmatar esta fadiga.

Objectivo

Com o presente estudo, pretendemos comparar as experiências parentais (responsividade parental, confiança parental e stress associado ao nascimento de um filho, qualidade de vida e a fadiga) de mães em FI e FM. Consideramos pertinente fazê-lo devido à vulnerabilidade acrescida das FM, patentes na existência de instituições de assistência social a

mães/pais sozinhos com os seus filhos e na atribuição de subsídios a mães/pais sozinhos (Wall & Lobo, 1999). O papel materno compreende diversas tarefas e exigências, levando a que o apoio social seja particularmente importante nesta fase e ajude a colmatar dificuldades. Como Raport & Piccini (2006) destacam, o apoio recebido, sobretudo do pai do bebé, influencia o bem-estar materno, sendo pertinente avaliar se esta vulnerabilidade se manifesta na relação mãe-bebé. Através da revisão de literatura, verificámos a escassez de estudos na população portuguesa que comparem estas variáveis nestes dois grupos. Adicionalmente, esta investigação é premente pelo número crescente de mães em famílias monoparentais (Pordata, 2017).

Método

Amostra

Quadro 1 Características Sociodemográficas da Amostra

Variável	FI	FM	<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Idade (anos)	31.25 (4.41)	32.06 (7.12)	0.637	.528
Escolaridade (anos)	15.02 (3.24)	14.03 (3.43)	-1.610	.109
Número de filhos	1.29 (0.59)	1.27 (0.63)	-0.137	.892
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	χ^2	<i>p</i>
Menos de 583€/mês	8 (4.2%)	8 (24.2%)	21.893	.000
De 583 a 1.666€/mês	94 (49.2%)	13 (39.4%)		
De 1.666 a 3.333€/mês	71 (37.2%)	8 (24.2%)		
De 3.333€ a 6.666€/mês	16 (8.4%)	2 (6.1%)		
Mais de 6.666€/mês	2 (1.0%)	2 (6.1%)		

Como critérios de inclusão para o presente estudo foram definidos: 1) ter um filho com idade entre 0 e 24 meses; 2) residir em Portugal; e 3) possuir habilitações literárias que permitam responder ao protocolo de avaliação. A amostra recolhida incluiu 252 mulheres, pertencendo 215 a FI e 37 a FM. A constituição dos dois grupos baseou-se no estado civil: as mulheres casadas, unidas de facto ou numa relação foram incluídas no primeiro grupo, e as mulheres solteiras, divorciadas/separadas ou viúvas no segundo grupo. Na comparação dos

grupos, verificaram-se diferenças no rendimento líquido mensal: como mostra o Quadro 1, nas FI quase metade das mães (49.2%) recebe entre 583€ a 1.666€/mês, já nas FM apenas 39% das mães se encontra neste escalão, sendo que 24% das FM recebem menos de 583€/mês face aos 4% das FI.

Em relação às características clínicas (ver Quadro 2), no grupo FI, as percentagens de gravidezes planeadas e de gravidezes desejadas foram superiores às do grupo FM. O grupo de FM teve uma maior proporção de mães com gravidez de risco (51.5%) face às FI (25%). Quanto a doenças físicas/psiquiátricas, o grupo FM teve uma percentagem maior de mães diagnosticadas (30.3%) do que o grupo FI (14.7%). A nível do acompanhamento psicológico/psiquiátrico, existe uma maior percentagem nas FM (51.5%), do que nas FI (25.7%). Quanto à idade dos bebés, existem diferenças entre os grupos, sendo que os filhos de mães de FI são mais novos (M = 7.86 meses) que os filhos de mães de FM (M = 14.23 meses).

Quadro 2 Características clínicas da Amostra

	FI	FM	χ^2	p
	n (%)	n (%)		
Gravidez planeada				
Sim	154 (80.6%)	15 (45.5%)	18.792	.000
Não	37 (19.4%)	18 (54.5%)		
Gravidez desejada				
Sim	190 (99.5%)	28 (84.8%)	23.097	.000
Não	1 (0.5%)	5 (15.2%)		
A gravidez foi...				
Espontânea	180 (96.3%)	30 (93.8%)	.436	.509
Resultado de técnicas de reprodução medicamente assistida	7 (3.7%)	2 (6.2%)		
Gravidez de risco				
Sim	48 (25.1%)	17 (51.5%)	9.510	.002
Não	143 (74.9%)	16 (48.5%)		
Problema médico na gravidez (hipertensão, Anemia, entre outros)				
Sim	42 (22%)	12 (36.4%)	3.178	.075
Não	149 (78%)	21 (63.6%)		
Sexo do bebé				
Masculino	113 (59.2%)	19 (57.6%)	.029	.864

Feminino	78 (40.8%)	14 (42.4%)		
<hr/>				
Problema médico do bebé (icterícia, sopro no coração, entre outros)				
Sim	24 (12.6%)	4 (12.1%)	.005	.943
Não	167 (87.4%)	29 (87.9%)		
<hr/>				
Hospitalização do bebé				
Sim	23 (12%)	5 (15.2%)	.249	.618
Não	168 (88%)	28 (84.8%)		
<hr/>				
Diagnóstico materno de doença física ou psiquiátrica				
Sim	28 (14.7%)	10 (30.3%)	4.888	.027
Não	163 (85.3%)	23 (69.7%)		
<hr/>				
Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (prévio e/ou actual)				
Sim	49 (25.7%)	17 (51.5%)	9.055	.003
Não	142 (74.3%)	16 (48.5%)		
<hr/>				
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Idade gestacional do bebé na altura do nascimento (semanas)	38.62 (4.33)	38.79 (2.45)	0.219	.827
<hr/>				
Idade actual do bebé (meses)	7.86 (5.78)	14.23 (7.56)	4.389	.000
<hr/>				
Comprimento do bebé na altura do nascimento (centímetros)	41.82 (17.19)	46.08 (12.16)	.666	.506
<hr/>				

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos

Permitiu obter dados demográficos (e.g., género, idade, anos de escolaridade, situação profissional actual, estado civil e número de filhos), de saúde (e.g., diagnóstico de doença física e/ou psicológica, realização de tratamentos médicos), da gravidez (e.g., espontânea ou medicamente induzida, planeada ou não planeada) e do bebé (e.g., género, peso, comprimento).

Questionário de Responsividade Mãe-Bebé

Desenvolvido por Amankwaa e Pickler (2007), estando a adaptação portuguesa em curso. Mede a responsividade dos pais perante o seu bebé e as respostas do bebé, sendo composto por 22 itens. A escala de resposta é de tipo Likert de 5 pontos, variando de *Discordo completamente* a *Concordo completamente*. O resultado do questionário é calculado a partir da soma dos itens, sendo que valores mais altos representam maior grau de responsividade. A consistência interna no grupo FM foi de 0.871 e no grupo FI foi de 0.806.

Questionário de Confiança Parental

A versão original é de Parker e Zahr (1985) e a versão portuguesa de Nazaré, Fonseca e Canavarro (2013). Avalia a confiança nas capacidades parentais através de 13 itens. A escala de resposta é de tipo Likert de 5 pontos, variando de *Nunca* a *Sempre*. Pontuações mais elevadas traduzem maior competência percebida. A análise fatorial confirmatória revelou como mais adequado um modelo trifatorial: Conhecimento acerca do Bebé, Prestação de Cuidados ao Bebé e Avaliação da Experiência de Parentalidade (Nazaré, et. Al., 20123). Neste estudo, usou-se apenas a pontuação total do instrumento. A consistência interna no grupo FM foi de 0.784 e no grupo FI foi de 0.789.

Escala de Avaliação de Stresse

Desenvolvida por Peacock e Wong (1990), estando a adaptação portuguesa em curso. Avalia o stresse dos indivíduos em relação a diferentes acontecimentos, tendo sido usada no presente estudo em referência ao nascimento de um filho. A estrutura é composta por seis factores: Ameaça (e.g., “O resultado deste acontecimento será negativo?”), Desafio (e.g., “Este acontecimento terá um impacto positivo em mim?”), Centralidade (e.g., “Este acontecimento tem implicações serias para mim?”), Controlável Pelos Outros (e.g., “Tenho ajuda disponível para lidar com este acontecimento?”), Controlável Pelo Próprio (e.g., “Tenho capacidade para me sair bem nesta situação?”), Incontrolável (e.g., “Esta situação é totalmente irremediável?”). A versão original da escala é composta por 28 itens, tendo, neste estudo, sido utilizada uma versão composta por 24 itens, pois a subescala Incontrolável inclui itens que não são adequados à experiência do nascimento de um filho. O instrumento inclui uma escala de resposta do tipo Likert de 5 pontos variáveis entre *Nada* e *Extremamente*. Os resultados são calculados a partir da média dos itens de cada subescala, sendo um valor médio mais alto indicador do significado que o evento tem. A consistência interna dos vários factores variou, no grupo FM, entre 0.67 (factor Centralidade) e 0.88 (factor Controlável pelo próprio). No grupo FI, os valores da consistência interna variaram entre 0.63 (factor Ameaça)

e 0.85 (factor Controlável pelo próprio). Neste estudo, no factor Ameaça, foi retirado o item 3 (“Este acontecimento faz-me sentir ansiosa?”) para potenciar o aumento da consistência interna do fator, sendo inicialmente de 0.675 nas FM e de 0.638 nas FI, tendo subido para, respetivamente, 0.725 e 0.739 após a eliminação do item.

EUROHIS-QOL-8

A versão original deste questionário é de Power (2003) e a portuguesa de Pereira, Melo, Gameiro e Canavarro (2011). Avalia a qualidade de vida e é composto por 8 itens, sendo uma versão reduzida do WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref. A escala de resposta é de tipo Likert de 5 pontos e varia entre *Nada* e *Completamente*, ou *Muito má* e *Muito bom*, ou *Muito insatisfeita* e *Muito satisfeita*. O resultado deste questionário é calculado a partir do somatório dos oito itens, sendo que um valor mais alto corresponde a uma melhor perceção de qualidade de vida. A análise fatorial confirmatória corroborou a estrutura unidimensional da escala (Pereira & Canavarro, 2015). O valor de consistência interna, no grupo FM, foi 0.825, e no grupo FI foi 0.795.

Escala de Avaliação da Fadiga

Desenvolvida por Michielsen, De Vries, Van Heck, Van de Vijver e Sijtsma (2004), estando a adaptação portuguesa em curso. Pretende avaliar o nível de fadiga do sujeito. É composta por 10 itens, tendo uma escala de resposta do tipo Likert de 5 pontos variáveis entre *Nunca* e *Sempre*. O resultado da escala é calculado a partir da soma dos itens, sendo que valores mais altos representam níveis mais altos de fadiga. A estrutura tem um único factor. O alfa de Cronbach no grupo FM foi 0.797 e no grupo FI foi de 0.878, indicando uma boa consistência interna.

Procedimento

O presente estudo enquadra-se num projecto mais vasto aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Após a elaboração do protocolo de avaliação previamente descrito, foi construída uma plataforma informática, no *website* Typeform, que inclui também o consentimento informado (em anexo). O respectivo *link* foi partilhado nas redes sociais, nomeadamente no Facebook. Adicionalmente, foram contactadas diversas instituições (Ajuda de Mãe, Apoio à Vida, Ajuda de Berço, Cais, Juntas de Freguesia de Aqualva e Mira Sintra), às quais foi apresentado o estudo e pedida a colaboração na

recolha de dados em papel. Contudo, estas entidades indicaram não ter acesso ao público-alvo do estudo, pelo que a amostra foi recolhida unicamente através da Internet.

O documento de consentimento informado incluiu informação sobre o objectivo do estudo, informando todas as potenciais participantes de que seria assegurado o anonimato, a participação seria livre e não acarretaria nenhuma despesa e o tempo de resposta ao protocolo seria de aproximadamente 15 minutos.

Análise Estatísticas

Para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 22.

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra. Foi calculado o alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna de cada questionário. Para a comparação dos grupos em variáveis categoriais, foi utilizado o teste do qui-quadrado.

Nas restantes análises, a idade do bebé foi incluída como co-variável, considerando a existência de diferenças entre os grupos. Para os questionários com um só fator, os dois grupos foram comparados através do teste ANCOVA para amostras independentes. No caso dos questionários com vários fatores, foi utilizado o teste MANCOVA para amostras independentes.

Resultados

Quanto à responsividade mãe/bebé, verificaram-se diferenças entre os dois grupos, sendo que no grupo FI a responsividade foi significativamente maior, como os resultados do Quadro 3 demonstram. Quanto à qualidade de vida, à fadiga e à confiança parental, não se verificaram diferenças entre os grupos. De todas estas variáveis, apenas se verificou influência da idade do bebé a nível da confiança parental ($r = 9.287, p = .003$).

Quadro 3 Comparação de grupos na responsividade mãe/bebé, qualidade de vida, fadiga e confiança parental

	FI	FM		
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Responsividade mãe/bebé	99.25 (6.72)	95.13 (9.38)	6.096	.014
Qualidade de vida	3.68 (.52)	3.65 (.60)	.004	.953

Fadiga	24.65 (6.60)	22.33 (5.62)	3,280	.072
Confiança parental	57.67 (4.22)	60.03 (3.16)	2.854	.093

A nível do stress, cujas estatísticas descritivas estão no Quadro 4, verificámos que não existem diferenças entre os dois grupos (Pillai's Trace = 0,037, $F = 1,43$, $p = 0,21$). A idade do filho mais novo não influenciou a variável stress (Pillai's Trace = 0,033, $F = 1,26$, $p = 0,28$).

Quadro 4 Comparação de grupos no stress

Escola de Avaliação do Stress	FI	FM
Factores	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Ameaça	1.55 (.54)	1,74 (.57)
Desafio	4.49 (.58)	4.33 (.73)
Controlável por outros	3.78 (.89)	3.41 (1.02)
Controlável pelo próprio	4.28 (.60)	4.24 (.73)
Centralidade	3.94 (1.04)	3.64 (1.01)

Discussão

O presente estudo pretendeu comparar dois grupos de mães, FI e FM, com crianças até aos 24 meses de idade, em diversas variáveis como a responsividade mãe/bebé, confiança parental, stress, qualidade de vida e a fadiga

Os estudos prévios revistos apresentaram resultados diversificados sendo que, em muitas das variáveis avaliadas neste estudo, não encontramos estudos para a população portuguesa. Considerando as comparações feitas, apenas identificámos diferenças entre os grupos numa variável: na responsividade mãe/bebé, os resultados são consistentes com o estudo revisto anteriormente (Piccini, Marin, Alavarenga & Tudge, 2007), sendo possível que as mães de FM tenham mais dificuldades em suprimir as necessidades do seu bebé sozinhas, o que poderá ter influência na díade mãe/filho. Quanto à variável qualidade de vida, não foram encontradas diferenças entre os grupos, no presente estudo. No estudo de Segal-Engelchin e Wozner (2008), que foca a mesma variável em mães solteiras por escolha e mães casadas, também não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, o que poderá sugerir

que o facto de ser mãe solteira por escolha ou mãe solteira por outro motivo poderá não ter influência na qualidade de vida destas mães. Na variável fadiga, não se verificaram diferenças no presente estudo entre os dois grupos de mães. No estudo de McQueen e Mander (2003), os autores falam da importância do apoio social para colmatar a fadiga. Os resultados do presente estudo poderão sugerir que ambos os grupos de mães poderão receber apoio social sendo que, no caso das mães de FI, poderá ser dado pelo pai da criança, mas no caso das mães de FM, poderá ser dado por um familiar próximo, como os avós do bebé. No caso da confiança parental, os resultados do presente estudo revelam não haver diferenças entre os grupos. Contudo, os resultados não são consistentes com o estudo de Copeland e Harbaugh (2005), que sugere que as mães de FM têm menos confiança que as mães de FI. Esta discrepância entre os estudos poderá estar relacionada com um factor histórico/cultural: o número de famílias monoparentais em 2005 era de 282.957; passados mais de dez anos (2016), o número é de 436.375 (informação disponibilizada pelo Pordata, Janeiro de 2018). O aumento do número de famílias monoparentais poderá proporcionar à mãe uma maior confiança, que anteriormente não tinha pelo facto de ser algo menos comum na sociedade. Por último, no caso da variável stress, no presente estudo também não se verificaram diferenças entre os dois grupos. Estes resultados não são congruentes com diversos estudos revistos anteriormente (Copeland & Harbaugh, 2005; Weinraub & Wolf, 1983), que sugerem que as mães de FM experienciam mais stress que as mães de FI. A discrepância entre os estudos poderá estar relacionada, mais uma vez, com um factor histórico, visto que hoje em dia existem diversos mecanismos de apoio às famílias com filhos pequenos (e.g., colégios abertos com horários mais prolongados), o que poderá diminuir o stress tanto de mães em FM como em mãe de FI.

Neste estudo, existem limitações, sendo a primeira o facto de o grupo FM ser muito menor (37 participantes) que o grupo FI (215 participantes). Contudo, esta discrepância seria esperada, visto que o número de FM em Portugal (436.375) é menor do que o de FI (1.447.809), como verificamos nos dados disponibilizados pelo Pordata (Setembro de 2017). Em segundo lugar, a inclusão de mães com filhos dos 0 aos 24 meses poderá ser outra limitação, visto que as experiências de maternidade destas mulheres podem ser díspares: durante os primeiros dias do pós-parto, existe uma nova adaptação ao papel de mãe que poderá influenciar as variáveis aqui medidas, pois o nascimento de um filho provoca algumas perturbações devido às mudanças inerentes ao novo papel (Ramos & Canavarro, 2007), que poderá decrescer ao longo do tempo. Como sugestão para estudos futuros, e de forma a

colmatar esta limitação, seria interessante realizar uma investigação com as mesmas variáveis, incluindo mães cujos filhos tivessem a mesma idade.

Como já referimos, existem diversos motivos na origem de uma FM (Wall, José, & Correia, 2002), tratando-se de um grupo muito heterogéneo. De forma a colmatar a limitação associada a este facto, seria pertinente comparar, no futuro, um grupo de mães solteiras por escolha (Golombok, Zadeh, Imrie, Smith & Freeman, 2016) e mães solteiras não por escolha, de forma a caracterizar melhor o grupo de FM. Seria pertinente realizar o estudo na população portuguesa, sobretudo pela criação recente da nova lei que permite a procriação medicamente assistida a todas as mulheres, independentemente do estado civil (Junho de 2016).

Quanto às implicações clínicas, os resultados deste estudo poderão indicar que a vulnerabilidade que é atribuída às mães de FM (Wall & Lobo, 1999) poderá não estar correcta, visto que, no caso da amostra deste estudo, as mães de FM tiveram níveis similares aos das mães de FI em quatro das cinco variáveis estudadas.

Referências

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto
- Amankwaa, L. & Pickler, R. (2007). Measuring Maternal Responsiveness. *The ABNF Journal*, 18(1), 4-15
- Baptista, M., Baptista, A., & Dias, R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.
- Bowlby, J. (2006). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cairnay, J., Boyle, M., Offord, D., & Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 442-449.
- Carvalho, J., Rodrigues, N., da Silva, L., & de Oliveira, D. (2017). Qualidade de vida das mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. *Fisioterapia em Movimento*, 23(3).
- Crnic, K. & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. *Lawrence Erlbaum Associates, Publishers London*, 243-268

Copeland, D. & Harbaugh, B. (2005). Differences in parenting stress between married and single first time mothers at six to eight weeks after birth. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28 (3).

Cúnico, S. & Arpini, D. (2016). Significados de paternidade em famílias monoparentais femininas. *Psicologia e Pesquisa*. 10(2), 40-48.

França, M. (2009). Famílias homoafetivas. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 17(1), 21-33.

Golombok, S., Zadeh, S., Imrie, S., Smith, V. & Freeman, T. (2016). Single mothers by choice: Mother–child relationships and children’s psychological adjustment. *Journal of Family Psychology*, Vol 30(4), Jun 2016, 409-418.

Gutierrez, D., Castro, E. & Pontes, K. (2011). Vínculo mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. *Revista de Nufen*, 1(2).

McQueen, A. & Mander, R. (2003). Tiredness and fatigue in the postnatal period. *Journal of Advanced Nursing* 42(5), 463–469.

Michielsen, H., Vries, J., Heck, G., Vijver, F. & Sijtsma, Klaas. (2004). Examination of the dimensionality of fatigue. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 39-48.

Nazaré, B., Fonseca, A. & Canavarro, M. C. (2013). Questionário de confiança parental: Análise confirmatória numa amostra comunitária de pais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 23-37.

Olson, S. & Banyard, V. (1993). ‘Stop the world so I can get off for a while’. *National council on family relations*, 42(1), 50-56.

Peacock, E. & Wang, P. (1990). The stress appraisal measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. *Stress medicine*, 6, 227-236.

Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S. & Canavarro, M.C. (2011). Estudos psicolétricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.

Piccinini, C., Marin, A., Alvarenga, P. & Tudge, J. (2007). Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no 3º mês de vida da criança. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 109-117.

PORDATA (2016). *Agregados domésticos privados monoparentais: total e por sexo*. Retirado a 20 de Setembro, 2017, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+dom%C3%A9sticos+privados+monoparentais+total+e+por+sexo+-20>

Ramos, M. & Canavarro, C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 399-413.

Rapaport, A. & Piccinini, C. (2006). Apoio social e experiência de maternidade. *Ver Bras Crescimento Desenvolv Hum*, 16(1), 85-96.

Ribas, A. & Moura, M. (2006). Responsividade materna: uma investigação em contexto urbano brasileiro. *Ver Bras Crescimento Desenvolv Hum*, 16 (1), 1-11.

Segal-Engelchin, D., & Wozner, Y. (2008). Quality of life of single mothers by choice in Israel: A comparison to divorced mothers and married mothers. *Marriage and Family Review*, 37(4), 7-28.

Silva, R. & Porto, M. (2016). A importância da interação mãe-bebé. *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*, 20(2), 73-78.

Wagner, A. & Carneiro, T. (2000). O recasamento e a representação gráfica da família. *Temas em psicologia da SBP*, 8(1), 11-19.

Wall, K. & Lobo, C. (1999). Famílias monoparentais em Portugal. *Análise Social*, 150, 123-145.

Wall, K., José, J. S. & Correia, S. (2002). Mães sós e cuidados às crianças. *Análise Social*, 163, 631-663.

Weinroub, M. & Wolf, B. (1983). Effects of stress and social supports on mother-child interactions in single-and-two-parent families. *Society for research in child development*, 54(5), 1297-1311.

Zahr, L. (1993). The confidence of Latina mothers in the care of their low birth weight infants. *Research in Nursing and Health*, 16, 335-342.

Anexos

CONSENTIMENTO INFORMADO

ADAPTAÇÃO DE MULHERES EM FAMÍLIAS MONOPARENTAIS AO NASCIMENTO DE UM FILHO

Quem são os responsáveis pelo estudo?

Este estudo está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Lisboa). O projeto é coordenado pela Professora Bárbara Nazaré.

O que se pretende com este estudo?

O nascimento de um filho comporta mudanças significativas em diversas áreas da vida familiar. Com este estudo, pretendemos conhecer melhor a adaptação de mulheres em famílias monoparentais a esta experiência. Deste modo, poderemos desenvolver ações de prevenção ou intervenção, com o objetivo de apoiar as famílias nesta fase de transição.

Quem pode participar no estudo?

Todas as pessoas com 18 anos ou mais, residentes em Portugal, com pelo menos um filho até aos 24 meses de idade e que saibam ler e escrever fluentemente em Português.

Em que consiste a participação no estudo?

Trata-se de uma participação voluntária, que consiste no preenchimento de um conjunto de questionários sobre diversas áreas da vida (p. e., qualidade de vida, relação com o bebé). Esta tarefa terá a duração aproximada de 15 minutos. A participação no estudo não comporta quaisquer riscos ou custos, nem é recompensada monetariamente.

Que direitos têm os participantes?

Os participantes têm o direito de recusar participar no estudo. Caso aceitem participar, poderão desistir do estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificar a sua decisão. A eventual desistência não trará quaisquer consequências negativas.

Como é que os dados recolhidos serão utilizados?

Toda a informação recolhida será anónima e confidencial. Não será recolhida qualquer informação que permita identificar os participantes. Os dados obtidos serão destinados apenas a tratamento estatístico e analisados em grupo.

Como poderei entrar em contacto com a investigadora?

Através de email: abarbaravn@gmail.com (Bárbara Nazaré).
Poderá contactar caso pretenda mais informações sobre o estudo.

Sim, aceito participar neste estudo.

Assinatura:

Data: _____ / _____ / _____

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Dados sociodemográficos

Idade: _____ (anos)

Estado civil: Solteira

Casada/Unida de facto/Numa relação. Há quanto tempo? _____

Divorciada/Separada. Há quanto tempo? _____

Viúva. Há quanto tempo? _____

Nacionalidade: _____

Escolaridade: _____ (anos)

Situação profissional:

Estudante

Trabalhador estudante

Trabalhador Tempo inteiro

Tempo parcial

Desempregado

Outro: _____

Localidade de residência: _____

Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar? _____

Com quem vive? _____

Rendimento líquido mensal do seu agregado familiar:

menos de 583 €/mês

de 583 a 1.666 €/mês

de 1.666 a 3.333 €/mês

de 3.333 a 6.666 €/mês

mais de 6.666 €/mês

Dados relativos à história reprodutiva

Número de filhos: _____ e idades _____

Por favor, **responda às perguntas que se seguem relativamente ao/à seu/sua filho(a) mais novo(a).**

A gravidez foi planeada?

Sim Não

A gravidez foi desejada?

Sim Não

A gravidez foi...

Espontânea

Resultado de técnicas de

reprodução medicamente assistida

Tratou-se de uma gravidez de risco?

Não Sim. Porquê?

Durante a gravidez, teve algum problema médico?

Não Sim. Qual?

O parto foi:

Cesariana Vaginal

Sexo do bebé: Masculino Feminino

Idade gestacional na altura do nascimento: _____ semanas

Peso na altura do nascimento: _____ gr

Comprimento na altura do nascimento: _____ cm

Durante a gravidez ou após o nascimento, foi detetado algum problema médico ao bebé?

Não Sim. Qual? _____

Após o nascimento, o bebé precisou de ser hospitalizado?

Não Sim. Durante quanto tempo e por que motivo? _____

Caso seja mãe solteira, foi por opção sua?

Sim. Porquê? _____

Não. Porquê? _____

Alguma vez recebeu um diagnóstico de alguma outra doença física ou psiquiátrica?

Não. Sim. Qual foi o diagnóstico?

Há quanto tempo o recebeu?

Atualmente, faz algum tratamento para alguma doença?

Não. Sim. Que tratamentos?

Tem, ou já teve, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Não. Sim. Qual e

quando? _____

QUESTIONÁRIOS QUE COMPÕEM O PROTOCOLO

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE STRESS

(Peacock & Wong, 1990; adaptação portuguesa em curso)

Este questionário procura conhecer os seus pensamentos sobre o **nascimento do(a) seu/sua filho(a) mais novo(a)**. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, responda de acordo com a sua percepção ATUAL dessa situação. Por favor, responda a TODAS as questões. Responda a cada questão selecionando o número que melhor representa a sua resposta, de acordo com a escala seguinte:

1 – Nada 2 – Ligeiramente 3 – Moderadamente 4 – Consideravelmente 5 – Extremamente

	1	2	3	4	5
01. Este acontecimento provoca-me tensão?					
02. Existe alguém ou alguma entidade a quem possa recorrer se precisar de ajuda?					
03. Este acontecimento faz-me sentir ansiosa)?					
04. Este acontecimento tem consequências importantes para mim?					
05. Este acontecimento terá um impacto positivo em mim?					
06. Quão desejosa estou de lidar com o resultado deste acontecimento?					
07. Até que ponto serei afetada pelo resultado deste acontecimento?					
08. Até que ponto me posso tornar mais forte por causa deste acontecimento?					
09. O resultado deste acontecimento será negativo?					
10. Tenho capacidades para me sair bem nesta situação?					
11. Este acontecimento tem implicações sérias para mim?					
12. Tenho o que é preciso para me sair bem nesta situação?					
13. Tenho ajuda disponível para lidar com este acontecimento?					
14. Este acontecimento sobrecarrega ou excede as minhas capacidades de resposta?					
15. Os recursos disponíveis são suficientes para me ajudar a lidar com este acontecimento?					
16. Até que ponto me entusiasmo ao pensar no resultado deste acontecimento?					
17. Até que ponto este acontecimento é ameaçador?					
18. Serei capaz de lidar bem com este acontecimento?					
19. Existe alguém que me possa ajudar a gerir este acontecimento?					
20. Até que ponto vejo este acontecimento como stressante?					
21. Tenho as competências necessárias para atingir um resultado positivo nesta situação?					
22. Até que ponto lidar com este acontecimento requer esforço da minha parte?					
23. Este acontecimento tem consequências a longo prazo para mim?					
24. Este acontecimento terá um impacto negativo em mim?					

EUROHIS-QOL-8

(Power, 2003; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011)

Instruções: Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

1. Como avalia a sua qualidade de vida?

Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
----------	----	----------------	-----	-----------

2. Até que ponto está satisfeita com a sua saúde?

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
--------------------	--------------	---------------------------------	------------	------------------

3. Tem energia suficiente para a sua vida diária?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
------	-------	---------------	----------	---------------

4. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia a dia?

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
--------------------	--------------	---------------------------------	------------	------------------

5. Até que ponto está satisfeita consigo própria?

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
--------------------	--------------	---------------------------------	------------	------------------

6. Até que ponto está satisfeita com as suas relações pessoais?

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
--------------------	--------------	---------------------------------	------------	------------------

7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
------	-------	---------------	----------	---------------

8. Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
--------------------	--------------	---------------------------------	------------	------------------

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FADIGA

(Michielsen, De Vries, Van Heck, Van de Vijver, & Sijtsma, 2004; adaptação portuguesa em curso)

As dez afirmações que se seguem referem-se à forma como se sente habitualmente. Para cada afirmação, por favor escolha uma das cinco opções de resposta, que variam entre *Nunca* e *Sempre*.

1 – Nunca 2 – Algumas vezes 3 – Regularmente 4 – Muitas vezes 5 – Sempre

	1	2	3	4	5
1. A fadiga incomoda-me.					
2. Fico cansada muito rapidamente.					
3. Não faço muita coisa durante o dia.					
4. Tenho energia suficiente para a minha vida diária.					
5. Sinto-me fisicamente exausta.					
6. Tenho dificuldade em começar coisas.					
7. Tenho dificuldade em pensar com clareza.					
8. Não tenho vontade de fazer nada.					
9. Sinto-me mentalmente exausta.					
10. Quando estou a fazer alguma coisa, consigo concentrar-me bastante bem.					

QUESTIONÁRIO DE CONFIANÇA PARENTAL

(Parker & Zahr, 1985; Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2011)

Quão confiante se sente no seu papel de mãe?

Selecione a melhor opção para si, tendo em conta **a sua experiência com o/a seu/sua filho(a) mais novo(a)**.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu sei quando o meu bebé quer que eu brinque com ele.					
2. Eu sei cuidar do meu bebé melhor do que qualquer outra pessoa.					
3. Quando o meu bebé está rabugento, eu sei o motivo.					
4. Eu apercebo-me quando o meu bebé está cansado e precisa de dormir.					
5. Eu sei o que deixa o meu bebé feliz.					
6. Eu sou capaz de dar banho ao meu bebé.					
7. Eu sou capaz de dar de comer ao meu bebé adequadamente.					
8. Eu sou capaz de pegar apropriadamente no meu bebé.					
9. Eu apercebo-me quando o meu bebé está doente.					
10. Eu sinto-me frustrada ao cuidar do meu bebé.					
11. Eu seria boa a ajudar outros(as) pais/mães a aprender a cuidar dos seus bebés.					
12. Eu tenho todas as competências necessárias para ser uma boa mãe.					
13. Sinto-me satisfeita com o meu papel de mãe.					

INSTRUMENTO DE RESPONSABILIDADE MÃE-BEBÉ

(Amankwaa & Pickler, 2007; adaptação portuguesa em curso)

Instruções: Por favor, responda às seguintes questões da forma mais sincera possível. Assinale a resposta que melhor se adequa ao seu grau de acordo, tendo em conta **a sua experiência com o/a seu/sua filho(a) mais novo(a)**.

1 – Discordo completamente

2 – Discordo

3 – Não concordo nem discordo

4 – Concordo

5 – Concordo completamente

	1	2	3	4	5
1. Tenho feito caretas e sorriso para o meu bebé e observado a reação dele.					
2. Acho que o meu bebé quer que eu lhe toque demasiadas vezes.					
3. Tenho observado o meu bebé a reagir às minhas brincadeiras com ele.					
4. Acho que consigo consolar o meu bebé quando ele chora.					
5. Tenho observado o meu bebé a reagir às minhas conversas com ele.					
6. Acho que sei quando o meu bebé quer brincar.					
7. Tenho observado o meu bebé a reagir quando o consolo.					
8. Acho que sei quando o meu bebé quer que eu o alimente.					
9. Tenho observado as reações do meu bebé quando eu o alimento.					
10. Penso que às vezes reajo de forma lenta às solicitações do meu bebé.					
11. Acho que o meu bebé reage bem ao meu colo.					
12. Tenho observado o meu bebé a reagir ao meu toque.					
13. Acho que o meu bebé quer que eu brinque com ele.					
14. Tenho receio da aparência do meu bebé.					
15. Acho que o meu bebé quer que eu o console demasiadas vezes.					
16. Acho que o meu bebé quer que eu fale com ele.					
17. Sinto-me bem em relação à forma como reajo ao meu bebé.					
18. Sinto-me bem em relação à forma como o meu bebé reage a mim.					
19. Acho que sei quando o meu bebé precisa que eu o alimente.					
20. Tenho medo de cuidar do meu bebé.					
21. Gosto da forma como o meu bebé reage quando brinco com ele.					
22. Acho que o meu bebé quer o meu colo demasiadas vezes.					

