

Estudo de Alguns Factores Psicológicos Associados ao Incremento Ponderal nos Primeiros Meses Pós-Parto

VICTOR VIANA, PEDRO LOPES DOS SANTOS, ANTÓNIO J. M. GUERRA

Departamento de Pediatria do Hospital de S. João – Porto

Resumo

Neste trabalho são analisadas as relações entre o incremento ponderal de lactentes e variáveis psicossociais e de interacção materna.

A amostra é constituída por 28 recém-nascidos amamentados e pelas respectivas mães. Foi registado o peso ao nascimento e aos 1.º e 3.º meses de vida. Em cada observação, foi preenchido pelas mães um questionário de avaliação de factores psicossociais.

Os resultados mostram uma associação entre o aumento de peso ao 1.º mês com o estado de consciência do bebé durante a mamada e o sentimento de eficácia e de suporte social das mães. O aumento ponderal ao 3.º mês está relacionado com o estado de consciência e temperamento do bebé e com o sentimento de suporte social da mãe.

Palavras-Chave: Lactentes, Amamentação, Interação mãe-filho.

Abstract

The relation between babies weight and some psychosocial and mother-infant interactive factors are analysed.

We have studied 28 new-born breast-feeding babies and their mothers. Weight at birth, first and third months was measured. At the same time mothers answered a questionnaire designed to assess the psychosocial factors.

Results shows that weight increase at first month was related to the babies state during breast-feeding, to mother's self-efficacy and social support feelings. Weight increase at third month was related to infant's temperament and mother's social support feelings.

Key-Words: Infants, Breast-feeding, Mother-infant interaction.

Introdução

A capacidade de regular os estados de consciência é uma das aquisições básicas do recém-nascido e deverá estar adquirida até ao terceiro mês de vida ⁽¹⁾. Esta aquisição é facilitada pelas trocas maternas. A aprendizagem desta competência é facilitada pela consistência das respostas e sensibilidade da mãe na interacção com o filho, permitindo que a criança se interesse mais pelo meio ^(2, 3).

A associação entre as características da interacção mãe-filho e o desenvolvimento somático do recém-nascido, particularmente o crescimento ponderal, é comprovada por diversos trabalhos ⁽⁴⁾. As dificuldades a nível das relações mãe-bebé constituem mesmo um dos facto-

res etiopatogénicos identificados em alguns casos de atraso de crescimento ponderal de causa não-orgânica ⁽⁵⁾. A importância do impacte da regulação dos estados de consciência no crescimento ponderal, até ao final do primeiro mês de vida do bebé, está também documentada ⁽⁶⁾. Esta capacidade é considerada fundamental para a **aquisição da homeostasia**, fase em que, segundo diversos autores o bebé adquire a aptidão de modular os ciclos de sono e vigília, estabilizar os padrões de fome e saciedade e a capacidade de distinguir, pela aprendizagem, o significado de alguns dos seus sinais fisiológicos ^(7, 8). Estes mesmos investigadores consideram as dificuldades alimentares, que surgem precocemente, entre os 0 e 3 meses, como consequência de perturbações da regulação da homeostasia no bebé. Problemas na interacção conjugados com alguma patologia (doenças do tracto gastrointestinal ou do tracto respiratório, por exemplo)

seriam as causas mais influentes nos distúrbios da homeostasia com repercussões no comportamento alimentar e no crescimento ponderal da criança.

A aquisição da capacidade de regular os processos neurofisiológicos pode assim ser prejudicada por factores de interacção. Como já referimos ambos podem ser perturbados pelas características temperamentais do bebé. Colocámos a hipótese de que os níveis de auto-eficácia da mãe poderiam estar relacionados com o temperamento dos filhos. Assim julgamos que as mães que estimam níveis baixos de auto-eficácia, pouco confiantes nas suas aptidões de mãe, tenderão a ser menos competentes na forma como lidam com os filhos e a reconhecer neles um temperamento mais difícil. Os níveis de apoio social, funcionando como fonte de protecção, deverão estar relacionados com a auto-eficácia materna. Por outro lado, sendo o estado do bebé durante a mamada um índice de competência materna, dado que manter o bebé acordado para mamar exige uma estimulação apropriada, é de esperar que este índice se relacione com os factores anteriormente referidos. É também natural que a experiência anterior da mãe contribua de alguma forma para o desenvolvimento das suas competências. Assim sendo, a paridade materna poderá estar associado quer aos níveis de auto-eficácia quer à capacidade de estimulação do bebé. As mães que já tiveram outros filhos sentir-se-ão assim mais competentes e, ao mesmo tempo, mais capazes de facilitar o estado de alerta nos seus bebés durante as mamadas.

É objectivo do presente trabalho verificar a influência de factores ambientais e comportamentais no crescimento ponderal do bebé até aos três meses.

População e Métodos

População

A população é constituída por 28 mães e respectivos filhos.

Métodos

1. **Seleccção da amostra** – A seleccção da população foi feita na consulta de Saúde Infantil do H.S.J. ao 1.º mês de vida, sendo condição imprescindível o aleitamento materno desde o nascimento e até ao primeiro mês de idade. Foram ainda critérios de inclusão no trabalho o facto de se tratarem de R/N de partos eutócios, de termo, adequados à idade gestacional e sem qualquer ocorrência durante a gravidez.

2. **Avaliação antropométrica** – Procedeu-se ao registo do peso ao nascer, bem como à avaliação do peso ao 1.º e 3.º mês de vida da criança com a metodologia apropriada ⁽⁹⁾.

3. Avaliação de factores comportamentais

3.1. **Avaliação do estado do bebé** – Através de uma entrevista às mães registou-se o **estado** de consciência habitual do bebé durante as mamadas ao longo do primeiro mês. As respostas das mães foram posteriormente avaliadas de forma a permitir classificar os bebés em dois grupos: os que mamavam a maior parte do tempo acordados (estado 4 e 5) e os que mamavam mais a dormir (estado 2) ou no estado de sonolência (estado 3), segundo a caracterização de Brazelton ⁽¹⁰⁾.

3.2. **Avaliação do temperamento do bebé** – Este instrumento foi obtido por tradução e adaptação de um questionário incluído no **Toddler Temperament Scale** ⁽¹¹⁾. É composto por nove questões que se referem cada uma a outras tantas dimensões do temperamento infantil tal como exposto por Chess e Thomas ⁽¹²⁾. Cada uma das questões era respondida segundo três alternativas, que permitiam avaliar e quantificar a intensidade em que cada dimensão era percebida pela mãe. Essa intensidade poderia ser alta, baixa ou média. As respostas eram codificadas de modo a que, considerando a dimensão em causa, os lactentes fossem avaliados como sendo de **temperamento difícil** ou **temperamento fácil** ⁽¹³⁾, conforme obtivessem notas globais mais baixas ou mais elevadas respectivamente.

4. Avaliação da auto-eficácia materna

Procedeu-se à sua avaliação de acordo com a metodologia preconizada por Cutrona ⁽¹⁴⁾. O objectivo foi de obter informação sobre a forma como a mãe se auto-avalia no que se refere à competência para lidar com o filho, tendo em conta o conceito de **auto-eficácia** ⁽¹⁵⁾.

5. Avaliação do apoio social

Foi também seguida a metodologia de Cutrona ⁽¹⁴⁾, visando obter um índice relacionado com a disponibilidade e acessibilidade de elementos sociais de protecção ao «stress», condicionado pelo cuidar de um bebé recém-nascido.

6. Avaliação sócio-económica e cultural do agregado familiar

Procedeu-se à sua avaliação de acordo com a metodologia porposta por Graffar ⁽¹⁶⁾.

7. Dispositivo operacional do trabalho

Todas as mães responderam à Escala de Auto-eficácia Materna, Escala de Apoio Social, Questionário de Classificação Social de Graffar e ao Questionário de Avaliação do Estado dos Bebés Durante as Mamadas. Estes questionários e escalas foram propostos às mães quando os bebés tinham completado o primeiro mês de vida. No final desta observação todas as crianças foram

pesadas e este peso registado como **peso ao 1.º mês**. A diferença entre o peso ao primeiro mês e o peso ao nascer foi registada como **incremento ao 1.º mês**.

Quando os bebés completaram três meses de vida foram pesados novamente, este peso foi registado como **peso aos 3 meses**. Calculámos a diferença entre o peso aos três meses e o peso ao nascer, os valores obtidos foram registados como **incremento aos 3 meses**. Durante esta observação as mães responderam ao Questionário Sobre a Percepção Materna do Temperamento dos Bebés.

Todas as respostas aos questionários foram obtidas pelo mesmo observador que desconhecia os objectivos da investigação. Foi utilizada em todas as pesagens a mesma balança, adequada às idades consideradas, existente num gabinete da Consulta Externa do Serviço de Pediatria do Hospital de S. João.

8. Tratamento estatístico

A análise comparativa dos resultados foi realizada por meio do teste «t» de Student e do teste do χ^2 , tendo em conta as características paramétricas e não paramétricas das variáveis. Foram ainda usadas os métodos de correlação «tau de Kendall» e correlação parcial «tau x y.z de Kendall».

Resultados

O **peso ao nascer**, o **sexo**, a **paridade** materna, bem como os valores obtidos nos questionários de **auto-eficácia** materna, de **apoio social** e **temperamento do bebé**, e ainda a condição de **estado** do bebé durante a mamada tem um potencial valor predictivo em relação ao incremento ponderal ao 1.º e 3.º meses de vida. Por isso lhes chamamos variáveis de prognóstico.

Começaremos por apresentar os resultados relativos a estas variáveis, para depois apreciarmos a sua associação às medidas de incremento ponderal.

1. População

A amostra é constituída por 28 crianças, das quais 12 são do sexo feminino (42.9%) e 16 do sexo masculino (57.1%). No grupo das raparigas 50% são filhas únicas, e sendo a percentagem de filhos únicos de 68.75%. A análise estatística dos resultados, mostra que o número de filhos únicos não difere significativamente no grupo de rapazes e no das raparigas ($\chi^2 = 1.01$, N.S.).

O índice de APGAR aos 5 minutos situava-se entre 8 e 10 (Apgar médio 9.3). A idade gestacional, avaliada após o parto por um pediatra, situava-se no intervalo das 38 às 42 semanas. Os percentis de peso e estatura, ao nascer, eram compreendidos entre 10 e 90 e o peso médio da amostra foi de 3008,4 grama (D.P. 509.7).

As idades das mães variavam no intervalo dos 19 aos 39 anos, sendo a idade média de 27.8 anos (D.P. 5.6). A paridade situava-se entre 1 e 5 filhos, sendo o número médio de filhos de 1.7.

A caracterização social de acordo com a classificação de Graffar permitiu registar 10.7%, 64.3% e 25%, respectivamente para as classes V, IV e III.

2. Variáveis de prognóstico

Através do teste do χ^2 verificámos que, também as diferenças entre o estado dos bebés durante a mamada, em função do sexo, não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 0.191$, N.S.). Uma análise do mesmo tipo revelou igualmente a ausência de qualquer associação entre as condições de estado e a paridade ($\chi^2 = 2.67$, N.S.).

As notas obtidas pelas mães, nos questionários de Auto-eficácia e Apoio Social, e o peso ao nascer, não variam em função do sexo dos bebés, uma vez que os valores obtidos no teste de Student não foram significativos ($t = 1.911$; $t = 0.861$; $t = 1.130$, N.S.). O mesmo método, aplicado aos resultados relativos ao peso ao nascer, em função do estado dos bebés durante a mamada (**acordado** versus a **dormir ou sonolento**), permite constatar que estas duas variáveis não estão associadas. O peso médio ao nascer, da amostra de bebés que mamavam acordados, foi de **3036,6** gramas (D.P. 525.3), enquanto que o peso médio ao nascer, da amostra de bebés que mamavam a dormir ou sonolentos, foi de **2975,8** gramas (D.P. 510.3). O valor do t obtido em função destes resultados foi de 0,309, N.S. (Quadro 1).

Ao contrário do anteriormente verificado, o estado do bebé ao mamar parece fortemente relacionado com as respostas fornecidas pelas mães nos questionários de Auto-eficácia, Apoio Social e Temperamento do Bebé. O Quadro 1 mostra que as mães dos bebés que mamavam acordados se classificaram com valores mais elevados na escala de Auto-eficácia, sendo o resultado obtido por este grupo de 43.6 pontos (D.P. 3.3), enquanto que a média da amostra de mães cujos bebés mamavam a dormir ou sonolentos foi de 35 pontos (D.P. 7.1). Esta diferença é altamente significativa ($t = 4.22$, $P < .001$).

As respostas fornecidas pelas mães no questionário de Apoio Social estão também relacionadas com o estado do bebé ao mamar. Assim as mães dos bebés que mamavam acordados reconheciam maior apoio social. Este grupo obteve em média 29 pontos nesta escala (D.P. 5.5), enquanto que o grupo das mães cujos bebés mamavam a dormir ou sonolentos obteve em média 24.6 pontos (D.P. 3.3). Foi obtido para este caso um «t» de 2.486, que infirma a validade da hipótese nula ($p < .02$).

Também, no que se refere ao Temperamento, as mães dos bebés que mamavam acordados classificaram o tem-

peramento dos filhos como **mais fácil** em comparação com a classificação das mães dos que mamavam a dormir ou sonolentos. O primeiro grupo obteve 21.8 pontos (D.P. 2.1) no Questionário de Temperamento do Bebê,

enquanto que o segundo grupo de mães obteve neste questionário 17.23 pontos (D.P. 2.9). O «t» obtido neste caso foi de 4.90 ($p < .001$). No Quadro 1 são mostrados alguns dos resultados dos testes «t» entre estes factores.

QUADRO 1
Análise Comparativa em função do Sexo e Estado do lactente ao mamar

LACTENTE		Peso Nasc.	INC 1.º m	INC 3.º m	Auto Eficácia	Apoio Social	Temperam.
M	\bar{X}	2883.3	757.5	2089.2*	42.8	28.0	19.3
	D.P.	569.4	268.9	401.7	5.3	5.4	3.5
F	\bar{X}	3102.2	728.1	2577.3*	37.5	26.2	20.1
	D.P.	456.0	324.3	652.2	7.3	4.9	3.6
Mamavam Acordados	\bar{X}	3036.6	905.0**	2619.3***	43.6 ■	29.0 ■■	21.8 ■■■
	D.P.	525.3	292.7	631.1	3.3	5.5	2.1
Mamavam a Dormir	\bar{X}	2975.8	551.1**	2078.2***	35.0 ■	24.6 ■	17.2 ■■■
	D.P.	510.3	160.0	425.6	7.1	3.3	2.9

* $t = 2.282$ $p < .05$ ** $t = 3.879$ $p < .001$ *** $t = 2.615$ $p < .05$

■ $t = 4.22$ $p < .001$ ■■ $t = 2.486$ $p < .02$ ■■■ $t = 4.90$ $p < .001$

2. Relação entre variáveis de prognóstico e incremento ponderal ao primeiro e terceiro mês

Conforme já referimos, os bebés apresentavam ao nascer um peso médio de **3008.43 gr.** (D.P. = 509.71). No final do primeiro mês de vida o peso médio da amostra era de **3749.11 gr.** (D.P. = 609.42). No final do 3.º mês de vida os lactentes tinham um peso médio de **5376.54 gr.** (D.P. = 809.22).

A análise das relações entre o aumento de peso até ao primeiro ou terceiro mês e o sexo dos bebés permite verificar que os valores do incremento foram idênticos nos dois sexos ao primeiro mês de vida, sendo respectivamente de 757.5 gr. (D.P. 268.9) e de 728.1 gr. (D.P. 324.3) ($t=0.255$, N.S.) para os sexos M e F. Tendo em conta os valores do incremento ponderal no terceiro mês, as diferenças registadas nos dois sexos foram significativas, com valores superiores no sexo feminino: 2089.2 gr. (D.P. 401.7) e 2577.3 gr. (D.P. 652.2) ($t=2.282$, $P < .05$).

Relacionando as medidas de Incremento ponderal ao 1.º e 3.º mês e o Estado do bebé durante a maior parte do tempo da mamada, ao 1.º mês, verificamos que estes factores estão fortemente relacionados. O **incremento ponderal** é significativamente superior, ao 1.º e 3.º mês, no grupo dos bebés que mamavam acordados. O seu

aumento médio relativamente ao peso ao nascer, foi no 1.º mês de **905.0** gramas (D.P. 292.7) e ao 3.º mês de **2619.3** gramas (D.P. 631.1), enquanto que o grupo de bebés que mamavam a dormir aumentou em médio **551.1** gramas (D.P. 160.0) no 1.º mês e, **2078.2** gramas (D.P.: 425.6) até ao 3.º mês. As diferenças foram altamente significativas para os valores do **Incremento ao 1.º mês** ($t=3.879$, $P < .001$) e significativas para os valores do **Incremento ao 3.º mês** ($t=2.615$, $P < .05$) (Quadro 1).

A análise estatística dos resultados do peso ao nascer e das notas obtidas pelas mães nos questionários de Auto-eficácia, Apoio Social e Temperamento do Bebê em função da Paridade materna, mostra que o factor Paridade não influenciou significativamente esses resultados. Também o aumento de peso ao primeiro mês não variou tendo em conta a paridade ($t=1.451$, N.S.). Todavia ao terceiro mês as diferenças foram já significativas. Os filhos de mães múltíparas registaram valores de incremento superiores aos verificados nos bebés cujas mães eram primíparas, respectivamente 2663.3 gr. (D.P. 759.4) e 2177.1 (D.P. 390.7) ($t=2.236$, $P < .05$). No Quadro 2 são mostrados os resultados da análise comparativa, através do teste «t», das variáveis em função da Paridade Materna.

QUADRO 2
Análise Comparativa em função da Paridade da Mãe

MÃE		Peso Nasc.	INC 1.º m	INC 3.º m	Auto Eficácia	Apoio Social	Temperam.
Primípara	\bar{X}	2993.5	676.4	2177.1*	39.0	27.0	19.7
	D.P.	447.7	232.7	390.7	7.3	4.4	3.1
Múltipara	\bar{X}	3031.5	839.9	2663.3*	40.5	30.2	19.7
	D.P.	616.3	365.3	759.4	6.4	8.8	4.0

* t = 2.236 p<.05

No **Quadro 3** são apresentados os valores relativos às relações entre os resultados das variáveis estudadas, recorrendo ao Coeficiente de Correlação Ordinal de Kendall (tau) ⁽¹⁷⁾.

QUADRO 3
Coeficiente de Correlação «tau» de Kendall entre as variáveis estudadas

	Incr. 1.º M	Incr. 3.º M	Estado	Auto Eficácia	Apoio Social	Temperam.	Paridade
Incr. 1.º M	1.00	•	•	•	•	•	•
Incr. 3.º M	.17	1.00	•	•	•	•	•
Estado	.15 ***	.44 ***	1.00	•	•	•	•
Auto-eficácia	.23 *	.21	.55 ***	1.00	•	•	•
Apoio Social	.01	.29 *	.37 **	.41 **	1.00	•	•
Temperamento	.22	.42	.63 ***	.41 **	.43 **	1.00	•
Paridade	.11	.26	.21	.04	.09	.07	1.00

* p<0.5

** p<.005

*** p<.0001

Considerando o **Incremento ao 1.º mês**, interessa saber até que ponto o Estado do bebé ao mamar e os níveis de Auto-eficácia possuem valores prognósticos independentes. De facto pudémos apurar que estas duas variáveis, para além de estarem relacionadas com o aumento de peso ao 1.º mês, mantinham uma relação entre si (tau = .55). Assim há a possibilidade de nos encontrarmos perante um fenómeno de contaminação, que faria

com que, por exemplo, a associação entre a Auto-eficácia e o Incremento ao 1.º mês resultasse da relação de cada um destes vectores com a variável Estado. Os coeficientes de correlação parcial (tau x y.z de Kendall ⁽¹⁸⁾ entre o Incremento ao 1.º mês e o Estado ou os níveis de Auto-eficácia, anulando sucessivamente os efeitos estatísticos de cada uma destas últimas variáveis, podem ser analisados no Quadro 4.

QUADRO 4
Coeficientes de Correlação Parcial, «tau» xy.z de Kendall

Factor controlado	INC 1	INC 3	Estado	A. Eficácia	A. Social	Temperam.	Paridade
ESTADO	INC 1			.10			
	A. Eficácia				.26		
	A. Social	.15				.26	
	Temperam. Paridade	.20	.17		.09		
INC 1	Estado		.52				
INC 3	Estado				.55	.11	
A. EFICÁCIA	Estado	.51			.19	.53	
	A. Social					.30	
A. SOCIAL	Estado		.44	.47		.56	
	A. Eficácia Temperam.		.36			.27	
TEMPERAM.	Estado		.25	.42	.15		
	A. Social		.13	.21			
PARIDADE	Estado		.40				

Discussão

Este trabalho teve como objectivo estudar a influência de factores comportamentais e ambientais no aumento de peso do lactente até aos três meses de vida. As mães eram provenientes de ambientes sociais relativamente homogêneos, diferindo entre si, apenas, no tocante ao número de filhos. Dado que a experiência anterior se possa relacionar com a competência materna, julgamos desta forma controlar o efeito deste vector.

Considerando o aumento de peso até ao primeiro mês constata-se que o factor que lhe está mais fortemente associado é o **Estado** do bebé. Os resultados mostram que os bebés que mamavam habitualmente acordados tiveram um aumento de peso significativamente superior ao dos que mamavam mais frequentemente a dormir ou sonolentos. A variável **Estado** aparece também marcadamente associada ao nível de **Auto-eficácia**. As mães dos lactentes que mamavam acordados estimaram índices mais elevados, neste vector, do que as mães dos bebés que mamavam a dormir. Apesar do Incremento ao primeiro mês surgir correlacionado com o nível de Auto-eficácia, verificámos que esta relação se revelou mais aparente do que real, dado que, como se pode observar pela leitura do Quadro 4, a Auto-eficácia só prognosticou os valores do Incremento na medida em que estava relacionada com o vector Estado, sendo portanto este último o factor responsável por tal associação.

Os nossos resultados vão de encontro à hipótese da associação entre o **Estado** e o **Incremento Ponderal ao 1.º mês**. Muito provavelmente o estado do lactente, durante a mamada, exprime o efeito da competência da mãe em mantê-lo num nível de consciência adequado ao curso dos comportamentos de ingestão. O estado revela a maturidade do bebé quando este consegue estabilizar a sua consciência ao nível exigido por uma tarefa precisa. Considerando que o estado de vigília é o mais adequado à persecução das tarefas que exigem a participação do bebé, não é de estranhar a forte associação entre o estado de consciência durante a mamada e o incremento ponderal. A repercussão do estado sobre o aumento de peso do bebé poderá ser explicada pela influência do primeiro no exercício das respostas alimentares. De acordo com esta hipótese, o estado de alerta facilitaria comportamentos de sucção mais eficazes, de onde resultaria ainda uma maior estimulação da secreção láctea, contribuindo por isso para um aumento quantitativo do leite com efeitos óbvios no crescimento infantil⁽⁵⁾. Estudando os efeitos da amamentação nas primeiras vinte e quatro horas pós-parto, espera-se que esta prática, tendo em conta a sua frequência e duração, estimule a produção de leite na mãe⁽¹⁹⁾ influenciando positivamente o aumento de peso (3). As mães cujos filhos mamavam acordados manifestaram

índices mais elevados de **auto-eficácia** do que aqueles cujos bebés mamavam a dormir ou sonolentos. Esta ligação era esperada na medida em que a percepção que a mãe tem do seu desempenho é fortemente influenciada pelo comportamento da criança^(14, 20, 21) e, por consequência, pela satisfação que retira da interacção.

Tendo em conta o **aumento de peso nos três primeiros meses**, verificámos que esta variável estava fortemente associado ao **Estado** e ao **Temperamento**, embora com menor intensidade no último caso. A explicação que sugerimos para a correlação entre Estado e Incremento ao primeiro mês é também válida para justificar o mesmo tipo de associação encontrada aos três meses. Contudo neste caso, essa associação parece-nos curiosa pois a avaliação do Estado foi realizada apenas no primeiro mês pós-parto. Aos três meses apenas uma pequena percentagem dos lactentes mamava ainda, e no estado de alerta a maior parte do tempo, como é habitual nesta idade. Recordamos que a capacidade de regular os estados de consciência deve estar adquirida até ao terceiro mês, pelo que a importância deste vector no crescimento ponderal era esperada nesta idade.

A classificação do **Temperamento** do Bebé surge associada ao **Estado** e ao **Incremento aos três meses**. As mães dos lactentes que mamavam a dormir ou sonolentos durante o primeiro mês, manifestaram maior tendência para avaliar o temperamento dos seus filhos como sendo mais difícil do que as mães dos que mamavam acordados. Uma explicação para este efeito poderá consistir na conceptualização de uma relação desenvolvimental entre a capacidade de regular os estados de consciência e o temperamento. De acordo com esta hipótese os bebés que mostram maior dificuldade em conseguir a aquisição da homeostasia teriam tendência a manifestar mais tarde um temperamento difícil. Nesta circunstância, a capacidade em regular os estados no recém-nascido seria um factor predictor do temperamento. A consistência observada entre os resultados obtidos por um grupo de crianças, quando foram sujeitos, em diferentes idades, à avaliação do comportamento através da B. N. S. e outras escalas de temperamento, apoiam estas suposições⁽²²⁾.

As crianças, que foram classificadas pelas mães como sendo de temperamento mais difícil, aumentaram de peso significativamente menos do que as classificadas como tendo temperamento mais fácil. A relação encontrada, no presente trabalho, entre **Temperamento** e **Incremento ponderal aos três meses**, apoia a hipótese de que o bebé contribui de forma decisiva para o sucesso dos comportamentos alimentares. Como sabemos a velocidade de crescimento ponderal é uma consequência do valor calórico ingerido⁽²³⁾. Não admira portanto, que a forma como a criança organiza o seu comportamento durante as refeições (que pode ser influenciada pelo seu temperamento)

interfira com a quantidade energética das mesmas. De resto a associação entre temperamento difícil e atraso de crescimento ponderal tem sido referida em trabalhos sobre o Síndrome de Atraso de Crescimento de Causa Não-orgânica ⁽²⁴⁾.

De acordo com os coeficientes da correlação parcial encontrados, elaborámos um modelo hipotético das interacções entre as variáveis estudadas. Esse modelo realça (para além do que já foi descrito) que o sentimento de auto-eficácia materna, o nível de apoio social, e o temperamento do bebé estão associados entre si. Esta relação revela a influência recíproca entre factores Apoio Social (tal como é vivido pela mãe) e Auto-eficácia e, entre o Apoio-Social e o Temperamento do Bebé.

Diversos autores chamaram a atenção para a função «*atenuadora de stress*» do ambiente social, efeito esse que se repercute no comportamento interactivo da mãe e do bebé ^(25, 26). O efeito do ambiente social far-se-á sentir através do seu impacto no sentimento de auto-eficácia da mãe. Quanto mais eficaz o suporte fornecido pela rede social, maior a confiança da mãe nas suas aptidões ⁽²⁷⁾. Esta hipótese parece-nos consistente com os nossos resultados, já que as mães que disseram ter maior apoio social foram as que estimaram maiores níveis de auto-eficácia.

A associação entre Apoio Social e Temperamento era prevista na nossa hipótese. As objecções ao conceito de temperamento expressas por Carey e.g. ⁽¹³⁾, segundo o qual a avaliação de uma criança como difícil pode reflectir a «percepção social» da mãe mais do que características da criança, sugere-nos que a relação entre os dois factores é difícil de interpretar. O resultado pode significar que as mães com maior suporte social adquirem melhor competência para lidar com o seu bebé e, por isso, melhoram a percepção que tem do seu temperamento.

A paridade materna não surgiu associada ao aumento de peso ao 1.º mês, a correlação encontrada entre esta variável e o incremento aos três meses não persistiu após o «teste» da correlação parcial. Apesar disto verificámos que os filhos de mães múltiparas aumentaram mais de peso aos três meses do que os filhos de primíparas, sendo a diferença significativa ($P < .05$). Num trabalho recente ⁽²⁸⁾ foram encontradas diferenças significativas no aumento de peso no primeiro mês em função da paridade. Thoman e colaboradores ⁽²⁹⁾ verificaram a este respeito que, no período neonatal, as mães múltiparas se mostravam mais capazes de estabelecer sindronia interactiva do que as mães primíparas. De acordo com estes elementos, seria de esperar no nosso estudo a confirmação da relação entre a paridade, o estado e o sentimento de auto-eficácia (como expusémos, a correlação entre estado e paridade não resistiu ao «teste» da correlação

parcial). As mães múltiparas tenderiam a provocar mais frequentemente o estado de alerta durante a mamada e deveriam estimar níveis mais elevados de auto-eficácia. Como referimos, tal também não se confirmou neste trabalho tendo ficado minimizada a influência da paridade no crescimento ponderal.

O sentimento de auto-eficácia é, como já referimos, influenciado pelas disponibilidades de suporte do contexto social e pelo temperamento da criança ⁽¹⁴⁾. Assim, um bebé de temperamento difícil, num ambiente social desfavorável, contribuiria para um sentimento de eficácia pobre na mãe. Ao contrário do que esperávamos, os nossos resultados não confirmaram esta hipótese. O sentimento de Auto-eficácia surge associado ao Apoio Social e ao Estado, mas não ao Temperamento.

Em síntese, os resultados obtidos com este estudo permitem-nos confirmar a importância do **Estado** como indicador predictor do aumento de peso até ao primeiro mês e como valor prognóstico até aos três meses de idade. Embora a **Auto-eficácia** materna não apresentasse a mesma validade prognóstica relativa ao incremento ponderal, parece todavia reflectir a influência da variável **Estado**, pelo que lhe atribuímos importância como medida da competência materna. A influência do **Apoio Social** como determinante quer da **auto-eficácia** quer do **Temperamento** é confirmada no presente estudo. Não foi contudo observada uma associação entre a **Auto-eficácia** e o **Temperamento**. Este último vector revelou-se um indicador predictivo importante do aumento de peso até aos três meses.

O pequeno número de lactentes da amostra torna difícil a extrapolação dos resultados encontrados. Julgamos assim que estes estudos deverão ser alargados a outras amostras populacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Greenspan, S., Lieberman, A. A clinical approach to attachment. In J. Belsky & T. Nozowski (Eds.), *Clinical implications of attachment*. New York, Lawrence Erlbaum, 1988.
2. Brazelton, T. *On becoming a family: The growth of attachment*. New York, Delacorte Press, 1979.
3. Gomes-Pedro, J. *Influência no comportamento do recém-nascido do contacto precoce com a mãe*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, 1982.
4. Pollitt, E., Gilmore, M., Valcarcel, N. Early mother-infant interaction and somatic growth. *Early Human Development*. 1978; 1: 325-336.
5. Chatoor, L., Dickson, L., Schafaeer, S., Egan, J. A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: Diagnosis and treatment. In D. Drotar (Ed.), *New directions in failure to thrive: Implications for research and practice*. New York, Plenum, 1985.
6. Lopes dos Santos, P. *Papel dos factores de interacção mãe-filho no crescimento somático do recém-nascido*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, 1990.

7. **Chatoor, L., Schaefer, S., Dickson, L., Egan, J.** Non-organic failure to thrive: A developmental perspective. *Pediatric Annals*, 1984; 13: 11, 829-843.
8. **Lieberman, A., Birch, M.** The etiology of failure to thrive: An interactional developmental approach. In D. Drotar (Ed.), *New directions in failure to thrive: Implications for research and practice*. New York, Plenum, 1985.
9. **Jelliffe, D.B., Jelliffe, E.F.P.** Direct assessment of nutritional status. Anthropometry: major measurements. In D.B. Jelliffe & E.F.P. Jelliffe (Eds.), *Community nutritional assessment with special reference to less technically developed countries*. New York, Oxford University Press, 1989: 68-105.
10. **Brazelton, T.** Neonatal Behavior Assessment Scale. *Spastics International Medical Publications*. London, Heinemann, 1973.
11. **Fullard, W., McDevitt, S.; Carey, W.** Assessing temperament in one to three-old children. *Journal of Pediatric Psychology*, 1984; 9: 205-217.
12. **Chess, S., Thomas, A.** Dynamics of individual behavioral development. In M. Levine, W. Carey, A. Crocker & Gross (Eds.), *Developmental-behavioral pediatrics*. Philadelphia, Saunders, 1983.
13. **Carey, W.** The difficult child. *Pediatrics in Review*, 1986; 8: 39-45.
14. **Cutrona, C., Troutman, B.** Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 1986; 57: 1507-1518.
15. **Bandura, A.** Self-efficacy in human agency. *American Psychologist*, 1982; 37: 122-147.
16. **Graffar, M.** Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courrier*, 1956; 6: 455-459.
17. **Ferguson, G.** *Statistical analysis in psychology and education*. Tokyo: McGraw-Hill, 1981; 5.^a Ed.
18. **Siegel, S.** *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. Tokyo: McGraw-Hill, 1956.
19. **Yamanchi, Y., Yamanchi, I.** Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990; 28: 171-175.
20. **Gomes-Pedro, J.** A criança e os seus sistemas. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 1993; 24: 7-9.
21. **Gomes-Pedro, J.** Desenvolvimento, identidade e resiliência. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1995; 26: 227-235.
22. **Worobey, J.** Convergence among assessment of temperament in the first month. *Child Development*, 1986; 57: 47-55.
23. **Goldboom, R.** Growth failure in infancy. *Pediatrics in Review*, 1987; 9: 57-61.
24. **Drotar, D.** Failure to thrive. In K. Routh (Ed.), *Handbook of pediatric psychology*. Guilford Press, New York, 1988: 71-107.
25. **Belsky, J.** The determinants of parenting. A process model. *Child Development*, 1984; 55: 83-96.
26. **Crnic, K., Greenberg, M., Ragozin, A., Robinson, N., Basham, R.** Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Development*, 1983; 54: 209-217.
27. **Crockenberg, S.** Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 1981; 52: 857-865.
28. **Lopes dos Santos, P., Borges, L., Pacheco, C.** Factores de emergência do défice nutricional precoce junto do recém-nascido alimentado ao seio: Um estudo exploratório das determinantes comportamentais. *O Médico*, 1989; 121: 293-298.
29. **Thoman, E., Barnett, C., Liederman, P.** Feeding behaviors of newborn infants as a function of parity of the mother. *Child Development*, 1981; 42: 1471-1483.

Correspondência: Victor Viana

Departamento de Pediatria
Hospital de S. João
Alameda Prof. Hernani Monteiro
4200 Porto