



UC/FPCE\_2018

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O efeito das canções de embalar na mãe e na sua relação com o bebé: estudo exploratório**

Ana Mónica Mota e Torres (e-mail: [monica\\_torres7@hotmail.com](mailto:monica_torres7@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação do Professor Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá

*Há mulheres que trazem o mar nos olhos  
Não pela cor  
Mas pela vastidão da alma  
E trazem a poesia nos dedos e nos sorrisos  
Ficam para além do tempo  
Como se a maré nunca as levasse  
Da praia onde foram felizes*  
(Sophia de Mello Breyner, in *O Mar dos Meus Olhos*)

## **O efeito das canções de embalar na mãe e na sua relação com o bebé: estudo exploratório**

### **Resumo**

**Objetivos:** Procura averiguar-se se existem diferenças no que diz respeito à saúde mental da mãe - especificamente, no que se refere ao seu nível de bem-estar, autoestima e sintomatologia depressiva no pós-parto - e à ligação que esta estabelece com o bebé, em função do facto da progenitora cantar canções de embalar para o mesmo, após o nascimento. Pretende-se ainda analisar se a frequência com que a mãe canta para o bebé ao longo do dia é determinante para a sua saúde mental, bem como para a relação com o bebé. **Método:** Para o efeito utiliza-se um estudo de carácter exploratório, transversal, descritivo-correlacional e comparativo, de abordagem quantitativa. O protocolo de investigação administrado, para além de uma parte introdutória que sintetiza o contexto e objetivo do estudo, integrou: *i)* um questionário sociodemográfico, que procurou reunir a informação sociodemográfica da mãe, informações relativas à experiência de maternidade, ao bebé, ao pai do bebé e à relação da mãe com o bebé; *ii)* a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) utilizada para avaliar a intensidade de sintomas depressivos no período precedente de sete dias, no pós-parto; *iii)* a versão portuguesa da Escala de bem-estar mental de *Warwick-Edinburgh* (WEMWBS), que avalia o bem-estar da mãe, consoante a sua experiência nas últimas duas semanas; *iv)* a Escala de autoestima de *Rosenberg* (ROS), que evidencia uma medida unidimensional da autoestima da autoestima global do sujeito; e *v)* o Questionário de ligação ao bebé após o nascimento (PBQ), que avalia a existência de perturbações na relação que as mães estabelecem com o seu bebé. A amostra total integra 471 mães, 452 das quais revelam ter o hábito de cantar canções de embalar para o bebé e, por exclusão, 19 que referem não o fazer. **Resultados:** 312 mulheres (69%) cantam ao bebé canções/ melodias inventadas por si, 377 (83.4%) com o objetivo de o acalmar/ relaxar, sendo que 227 (50.2%) mães referem que o bebé realmente se acalma ao ouvi-las. No entanto, o facto da mãe cantar canções de embalar para o bebé não se demonstrou estatisticamente significativo no que se refere aos seus níveis de bem estar e autoestima, bem como no que diz respeito à sintomatologia depressiva presente e à ligação estabelecida com o bebé. De igual forma, também a frequência com que a mãe canta para o bebé ao longo do dia, não se demonstrou significativa, de um ponto de vista estatístico, no que concerne à sua saúde mental - bem-estar, autoestima e sintomatologia depressiva - e ao vínculo estabelecido com o filho. No entanto, outras variáveis foram estudadas, de forma a perceber os resultados obtidos. Assim, conclui-se que as mães que, durante a gravidez, cantaram ou colocaram música para o bebé escutar, revelam, após este nascer, níveis superiores de bem-estar, bem como uma ligação com o bebé significativamente mais saudável. Verificou-se ainda que as mães *muito experientes* no cuidado de bebés, revelam, no pós-parto níveis de bem-estar significativamente superiores. Por último, conclui-se que as mães que contam com o apoio da família, após o bebé nascer, evidenciam um bem-estar e autoestima superiores, bem como uma relação com o filho

significativamente mais saudável. Ainda neste contexto, as mães que podem contar com apoio por parte do pai do bebé, exibem níveis de sintomatologia depressiva no pós-parto inferiores, significativos de um ponto de vista estatístico. **Discussão e conclusões:** O facto da mãe cantar canções de embalar para o bebé após este nascer, não se revela preditor da saúde mental da mesma, nem da ligação que esta estabelece com o filho. No entanto, as canções de embalar no período pré-natal, resultam em benefícios para a mãe e para o bebé. Também a experiência anterior no cuidado de bebés e o apoio familiar se revelam importantes. Os resultados são discutidos de acordo com a literatura disponível na área. Este estudo tem implicações práticas para todos os profissionais de saúde que lidam com recentes mães e bebés. Cantar canções de embalar durante a gravidez pode constituir uma alternativa saudável de prevenção à depressão pós-parto.

**Palavras chave:** canções de embalar; bem-estar materno; autoestima materna; depressão pós-parto; ligação mãe-bebé.

### **The effect of lullabies on the mother and her relationship with the baby: an exploratory study**

#### *Abstract*

**Objetives:** This study seeks to ascertain if there are differences in the mother's mental health -specifically, in terms of her level of well-being, self-esteem, and postpartum depressive symptoms - and the connection that she establishes with the baby, due to the fact that the progenitor sings lullabies to him, after birth. It also aims to analyse if the frequency with which the mother sings to the baby throughout the day is determinant for her mental health, as well as for her relationship with the baby. **Methods:** For this purpose, a cross-sectional, descriptive-correlational and comparative exploratory study is used, with a quantitative approach. The research protocol administered, in addition to an introductory part that synthesizes the context and objective of the study, included: *i)* a sociodemographic questionnaire, which sought to gather the sociodemographic information of the mother, information regarding the experience of motherhood, the baby, the father and the relationship between the mother and the baby; *ii)* the Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) which was used to assess the intensity of depressive symptoms in the preceding seven-day postnatal period; *iii)* the Portuguese version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) which was used to assess the mother's well-being according to her experience in the last two weeks; *iv)* the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), which was used to assess an one-dimensional measure of the self-esteem of the subject's global self-esteem; and *v)* the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), which was used to assess the existence of disturbances in the relationship that the mothers establish with the baby. The total sample includes 471 mothers, 452 of whom are reported to have a habit of singing lullabies to their babies, and, by exclusion, 19 who do not do it. **Results:** 312 women (69%) sing lullabies/melodies invented by themselves to their babies, 377 (83.4%) with the purpose of calming down/relaxing the baby, with 227 (50.2%) mothers claiming that the baby

really calms down when listening to them. However, the fact that the mother sings lullabies to the baby has not shown to be statistically significant regarding her levels of well-being and self-esteem, as well as the present depressive symptomatology and the established connection with the baby. Likewise, the frequency with which the mother sings to the baby throughout the day has not shown to be statistically significant with regard to her mental health - well-being, self-esteem and depressive symptoms - and to the bond established with the child. However, other variables were studied in order to perceive the results obtained. Thus, it is concluded that mothers who sang or played music for their baby during pregnancy showed higher levels of well-being and a significantly healthier baby bond after birth. It was also verified that mothers very experienced in the baby care, reveal, in the postnatal period, significantly higher levels of well-being. Finally, it is concluded that mothers who have the support of the family after the baby birth showed a higher well-being and self-esteem, as well as a significantly healthier relationship with the child. Still in this context, mothers who can count with the baby's father support exhibit statistically significant lower levels of postnatal depressive symptomatology. **Discussion and conclusions:** The fact that the mother sings lullabies to the baby after birth does not prove to be a predictor of mother's mental health, nor the connection that it establishes with the child. However, prenatal lullabies result in benefits for both the mother and the baby. Previous experience in baby care and family support are also important. The results are discussed according to the literature available in the field. This study has practical implications for all health professionals who deal with recent mothers and babies. Singing lullabies during pregnancy can be a healthy alternative to postnatal depression.

**Keywords:** lullabies; maternal well-being; maternal self-esteem; postnatal depression; mother-baby bonding

## **Agradecimentos**

Ao *Professor Doutor Eduardo Sá* por me ter ensinado a sentir a Psicologia com o coração. Por me ter feito ver, pensar, questionar e crescer. Por me mostrar que as pessoas bonitas existem, só é preciso olhar para dentro delas. Pelo trabalho que desenvolvemos juntos e pelos valores que nos transmitiu, pessoais e profissionais, que tão úteis me serão daqui para a frente.

À *Professora Doutora Cristina Vieira*, à *Professora Doutora Albertina Oliveira* e ao *Professor Doutor Bruno de Sousa* por terem desmascarado o fantasma da estatística, por me mostrarem que esta não é um *bicho de sete cabeças* e por todo o apoio prestado neste contexto.

A todas as *mães* que, pacientemente, participaram no estudo; sem elas nada disto seria possível. E para elas, as maiores felicidades do mundo.

Aos meus pais - *Paula e Né* - que, no decorrer destes cinco anos, foram sempre o meu porto de abrigo. Obrigada por estarem presentes em todos os momentos importantes, por me deixarem voltar a casa, sentir o vosso amor e recarregar baterias e por me fazerem pensar que o mundo é meu, se assim quiser. Foram, sem dúvida, o motor de todo o meu percurso e fico-vos eternamente grata por isso.

À *Avó Nela* e ao *Avô Romeu*, à *Avó Minda* e ao *Avô Torres* que, de uma forma tão bonita, me deram os tijolos para construir esta casa. Pelo aconchego do colo que ainda hoje existe, pelos sábios conselhos, por todos os valores que me transmitiram e por me fazerem sentir que serei sempre a vossa menina.

A toda a minha família por sempre ter acreditado em mim e por apoiar todas as minhas escolhas. Pela união que nos caracteriza e por saber, que sempre que precisar, tenho neles um lugar seguro. À *Constância*, por me ter deixado crescer com ela e por me mostrar, todos os dias, que o mundo é um sítio melhor.

À *Lili*, que se deitava no meu colo enquanto eu estudava e que tornou todos os meus serões menos custosos. Pela companhia, pelo mimo. Tenho saudades.

Aos amigos de cá - ao *Pedro*, à *Joana*, à *Raquel* e à *Teixeira* - que me deram todo o carinho, força e amparo que tantas vezes procurei junto deles. Fizeram, sem dúvida, valer esta amizade de 12 anos. À *Marta* e ao *Ricardo*, que me proporcionaram momentos tão felizes. À *Catarina* que sempre foi um exemplo para mim. Aos *Boémios*, que por mais ausente que eu esteja, se lembram sempre de mim. Pelos momentos partilhados, pelos receios em comum. Parece que vou acabar o curso, meus amigos... Ao *Gonçalves*, por não ter falhado a paginação de um trabalho até hoje e por me mostrar a verdadeira amizade. És inalcançável. Aos que acabam por ser muito mais do que *colegas de ginásio*, pelos desabafos, pela paciência, pelas horas de treino, que por vezes são menos do que as horas de conversa. *No pain, no gain!*

Às amigas de lá - à *Anna*, à *Inês*, à *Dani*, à *Bia* e à *Telma* - que começaram e termiram esta caminhada comigo. São o exemplo de que, quando queremos, o longe faz-se perto. Obrigada por todos os momentos partilhados e por serem a minha família do coração. Obrigada por terem

tornado tudo isto mais fácil e mais bonito. À *Inês Duarte*, pela melhor prenda do mundo, a *bebé Carol*. À *Maria Inês*, por me ter recebido de braços abertos nesta cidade e por tão rapidamente fazer dela minha. À *Joana* por ter aparecido do nada e se ter revelado uma amiga incondicional. À *Vera*, pela disponibilidade e paciência para me esclarecer todas as dúvidas, por atenuar as minhas inseguranças e medos.

A Coimbra, que fez de mim tão feliz e da qual guardo as mais saudosas memórias.

**Índice de Abreviaturas**

**EPDS** - *Edinburgh Post-natal Depression Scale*

**WEMWBS** - *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale*

**ROS** - *Escala de Autoestima de Rosenberg*

**RSES**- *Rosenberg Self-Esteem Scale*

**PBQ** - *Postpartum Bonding Questionnaire*



## **Índice**

<b>Introdução</b>	1
<b>I - Enquadramento conceptual</b>	2
1. A intemporalidade e o carácter universal das canções de embalar	2
2. Da maternidade à maternalidade: através da música e das canções de embalar	3
2.1. A ligação mãe-bebé	3
2.1.1. A voz materna enquanto canal de comunicação	4
2.1.2. Da voz materna às canções de embalar	4
<b>II - Estudo empírico</b>	5
2.1. Análise temática das canções de embalar portuguesas	5
2.2. Caraterísticas musicais das canções de embalar	11
2.3. Funções das canções de embalar	12
2.4. Efeitos/ benefícios das canções de embalar	13
2.4.1. Efeitos/ benefícios das canções de embalar para a mãe	14
2.4.2. Efeitos/ benefícios das canções de embalar para o bebé	15
2.5. Objetivos	17
<b>III - Metodologia</b>	17
3.1. Desenho da investigação	17
3.2. Amostra	17
3.3. Instrumentos	18
3.3.1. Questionário sociodemográfico	18
3.3.2. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)	18
3.3.3. Versão Portuguesa da <i>Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale</i>	19
3.3.4. Escala de Autoestima de <i>Rosenberg</i> (ROS)	19
3.3.5. Questionário de Ligação ao Bebé Após o Nascimento (PBQ)	20
3.4. Procedimentos estatísticos	20
<b>IV - Resultados</b>	21
4.1. Caraterização da amostra	21
4.2. Análise descritiva	22
4.3. Análise da consistência interna	24
4.4. Análise inferencial	25
<b>V - Síntese dos principais resultados</b>	28
<b>VI - Discussão</b>	35

<b>Limitações</b>	38
<b>Conclusões e implicações clínicas</b>	39
<b>Bibliografia</b>	41
<b>Anexos</b>	48

## Introdução

É comum, nas sociedades de todo o mundo, que as mães cantem para os seus bebés. As canções de embalar pretendem, nas diversas culturas, transmitir tradições entre gerações, para além de que, procuram ajudar as mães a expressar os seus próprios sentimentos. Esta é uma prática relevante, não só pelas suas consequências imediatas, tais como, o aumento do prazer, a diminuição do desconforto e a promoção do sono do bebé, mas, também, pelas suas consequências para o desenvolvimento posterior das capacidades de autorregulação do bebé, bem como para a promoção das competências sociais do mesmo (Fancourt & Perkins, 2017).

De acordo com as teorias evolucionistas, esta prática evoluiu do *maternalês*, um estilo de fala regularmente utilizado pelas mães para comunicar com os seus bebés, que envolve melodias exageradas e repetições frequentes e atua como um mecanismo tranquilizante, promotor da relação mãe-bebé. O canto da mãe provoca alterações no bebé, essencialmente no que diz respeito ao seu nível de excitação e capacidade de resposta. No entanto, até à data, poucas são as pesquisas acerca dos benefícios do canto para as próprias mães (Fancourt & Perkins, 2017).

Na década passada, uma série de estudos, de observação e intervenção, encontraram associações entre cantar e melhorias na saúde mental, bem-estar e qualidade de vida de diferentes populações (Zatorre, 2003; Koelsch, 2010). Neste sentido, torna-se relevante o estudo da saúde mental das mulheres que foram recentemente mães, uma vez que existe uma prevalência relativamente alta de condições como a depressão pós-parto, que tem efeitos prejudiciais na relação mãe-bebé e no desenvolvimento da criança (Iaconelli, 2005).

Em Portugal, a literatura relativa às canções de embalar, particularmente no que se refere ao seu impacto na vida da mãe e do bebé e à relação estabelecida entre ambos após o nascimento, é bastante escassa, bem como as investigações realizadas neste contexto. Neste sentido, e com base nas informações obtidas através da investigação internacional, surge a necessidade de estudar o assunto no contexto da realidade portuguesa. Assim, com base nas variáveis apuradas na literatura, pretende-se estudar diferenças ao nível dos sintomas de depressão, bem-estar e autoestima das mães que têm por hábito cantar canções de embalar aos seus bebés, bem como de que forma podem estas influenciar a relação mãe-bebé nos primeiros meses após o parto.

A pertinência da realização do presente estudo exploratório está em fornecer bases, leituras, que sirvam de fundamento para investigações futuras a nível nacional; para além disso, espera-se que os resultados obtidos forneçam uma série de implicações práticas para os profissionais de saúde que lidam com recentes mães que, perante o desafio da maternidade, manifestam desequilíbrios nos seus estados emocionais. Torna-se assim importante a identificação de intervenções e práticas psicossociais que possam auxiliar estas mães no sentido de uma vivência positiva e saudável da maternidade.

## I - Enquadramento conceptual

### 1. A intemporalidade e o caráter universal das canções de embalar

As canções de embalar surgiram na Antiguidade e permanecem até aos dias de hoje. Transmitindo-se de geração em geração, constituem o saber de um povo. Os vários testemunhos, presentes no decorrer da história, denotam a sua elevada carga afetiva e o objetivo de adormecer ou acalmar o bebé (Mota, 1983).

Datado de 1400 a.C., surge um documento dos antigos povos da Suméria, que evidencia a prática de cantar para o bebé. Numa escala diatónica, com proximidade de frequência entre as notas, revela uma forma simples, característica das canções de embalar (Trehub et al., 1997). Trehub (1993a, 1993b) refere que em diferentes culturas, como na vietnamita, afegã e colombiana surgem indícios de canções de embalar. Vasconcelos (1907), por sua vez, refere a cultura africana.

Os termos utilizados nas diferentes culturas para designar as canções de embalar, embora distintos, transmitem um objetivo comum, adormecer o bebé (Trehub et al., 1993b). Segundo Vasconcelos (1907, p.3), já na Grécia Antiga existiam termos para designar o ato de "adormecer ao som das cantigas"; refere ainda a tradição latina, salientando as canções italianas, nas quais surgem termos como *lallare* (com as derivações em *llallus*, *lallum e lalli*) e *nanna* (com derivações como *ninna*, *ninnananna e ninne-nanne*) que, posteriormente, originaram vocábulos de fim de frase de diferentes canções de embalar. Por exemplo, a palavra *ro-ró* é facilmente encontrada em canções de embalar de Miranda do Douro (Mourinho, 1984), do mesmo modo, as palavras *nanna* e *ru-ru* apresentam-se frequentemente em melodias de Resende (Bonito, 1957, p.90). Segundo Mourinho (1984) e Bonito (1957) estes são termos que, quando cantados suavemente, têm a função de induzir sono ao bebé. No que se refere à Idade Média, nas regiões francesas, os termos *berceuses*, *bresarella*, *endormeuses* remetem também para a prática de cantar ao bebé (Vasconcelos, 1907, p.7). Vasconcelos (1907) acrescenta ainda que se podem encontrar termos e canções de embalar, referentes a esta época, em diversos países da Europa, como na Alemanha, Suíça, Bélgica, Holanda, Inglaterra, Espanha, Polónia, Rússia, Roménia, Bulgária, Suécia, Dinamarca, Finlândia. No entanto, também na África, América e Oceânia foram encontrados vestígios antigos deste género de canção. Ainda no que se refere à Europa, Mota (1983, p.1) recua, salientando que o grego antigo possuía já vocábulos reveladores da existência de canções de berço, com a significação de "acção de adormentar os meninos cantando-lhes".

Em Portugal, as referências literárias mais antigas, relativas às canções de embalar, datam do início do século XVI (Mota, 1983). No seu trabalho, Mota (1983, p.1) afirma: «Numa edição de 1557 de Bernardim Ribeiro em "Saudades" (Menina e Moça) se pode ler "nisto começou a chorar a menina & acordando ha ama, se pôs a embalá-la, cãntandolhe."» De facto, Portugal sofreu influência de diferentes povos, pelo que se pressupõe que as canções de embalar estejam aqui presentes desde a Idade Média. No

entanto, a primeira lista de cantigas de berço surge em 1872, num livro de Neves de Melo (Mota, 1983).

No que se refere á atualidade, a facilidade em recorrer a meios tecnológicos que embalem o bebé, que progressivamente substituem a voz materna nas canções de embalar, pressupõe a diminuição da ocorrência desta prática (Hargreaves, 1998). Não obstante, é possível concluir que há muitos anos que cantar canções de embalar ao bebé é um ato recorrente nas mães de todo o mundo, o que evidencia o caráter universal e contínuo desta prática.

## **2. Da maternidade à maternalidade: através da música e das canções de embalar**

### **2.1. A ligação mãe-bebé**

*Bonding*, *preocupação materna primária* ou *vinculação materna* são termos utilizados para descrever o processo gradual de envolvimento emocional da mãe com o bebé, que se estabelece na gravidez e que se intensifica no parto e após este, sendo especialmente importantes os primeiros momentos após o nascimento (Figueiredo et al., 2005).

De acordo com a teoria da vinculação, a ligação mãe-bebé é de extrema importância para o desenvolvimento e bem-estar do bebé (Bowlby, 1969). Assim, desde a concepção até ao nascimento, todos os seres humanos estabelecem com a mãe uma relação que lhes permite interagir com ela (Siddiqui & Hagglof, 2000; Jurgens et al., 2010; Marazziti et al., 2008).

Com o decorrer da gravidez, a mãe cria na sua mente um espaço para receber o bebé, que lhe permite um rápido envolvimento emocional com este após o parto. Esta é uma condição necessária para a interação entre ambos e para o fornecimento de cuidados adequados ao bebé. O envolvimento emocional da mãe é algo progressivo, no entanto, aumenta significativamente após o parto, quando esta contacta com o bebé. Assim, são as alterações hormonais da mulher e a presença do bebé que permitem que uma interação apropriada entre ambos se estabeleça e que, conseqüentemente, garantem a proximidade da mãe, imprescindível à sobrevivência do bebé (Figueiredo et al., 2005).

Quando o bebé nasce, utilizando apenas os próprios recursos, revela-se um ser indefeso. Assim, necessita de um cuidador, neste caso a mãe, que o auxilie e complete nas suas lacunas. Embora precise de cuidados de alimentação e higiene, o bebé carece de contato afetivo permanente, proveniente de uma figura estável, com a qual possa organizar uma relação de afeto e que possibilite o seu desenvolvimento biopsíquico (Böeing & Crepaldí, 2004).

Neste sentido, Winnicott (2002) define como *mãe dedicada* aquela com capacidade para experienciar a maternidade e executar as tarefas que lhe estão associadas, transitoriamente alienada de outros encargos, sociais e profissionais. Assim, esta revela-se uma condição psicológica muito própria, de sensibilidade aumentada. Contudo, por vezes, as mães evidenciam dificuldades em assegurar certos cuidados aos seus bebés, como

consequência da depressão pós-parto que, enquanto período de risco psíquico acrescido, impossibilita a criação de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filho, o que pode, mais tarde, afetar as relações desenvolvidas pela criança (Iaconelli, 2005).

### **2.1.1. A voz materna enquanto canal de comunicação**

Durante a gravidez, a relação entre a mãe e o bebê conta com um canal especial de comunicação: a voz materna. O sistema de audição fetal atinge a sua maturidade entre a 24<sup>a</sup> e as 28<sup>a</sup> semanas de gestação. A partir de então o feto é capaz de reagir a estímulos auditivos (Persico et al., 2017).

O meio ambiente do feto é rico em estimulação acústica, provinda do interior do corpo materno. Assim, surgem sons quando a mãe come, bebe, respira, fala e até sons resultantes dos seus batimentos cardíacos. Contudo, entre todos estes, o som que o feto ouve com mais frequência é o da pulsação da principal artéria abdominal da mãe, sendo que o segundo mais frequente é a voz materna. Os sons revelam-se cruciais na vida intra-uterina, assim como a comunicação das vibrações emocionais e os pensamentos da mãe para o bebê. Deste modo, a gravidez constitui um canal através do qual as mães começam a comunicar com a nova vida (Mabille, 1990).

Assim, entre todos os sinais acústicos percebidos pelo feto durante a gravidez, a voz materna revela-se a fonte de estimulação sensorial predominante (Tomatis, 1987). Entre a 28<sup>a</sup> e a 36<sup>a</sup> semana ocorre um fenómeno de habituação, assim, o feto é capaz de preservar a memória sonora dos estímulos vibroacústicos, aos quais está repetidamente exposto. Esta constitui uma das mais importantes funções cerebrais, uma vez que envolve aprendizagem e capacidade de recuperar informação (Tomatis, 1987; Soldera, 2005).

Alguns autores referem que o recém-nascido reconhece e responde positivamente à voz materna, como resultado da exposição contínua à qual esteve sujeito durante a gestação. Deste modo, quando exposto aos mesmos estímulos, o bebê consegue acalmar-se. (James, 2002; DeCasper & Fifer, 1980). A experiência sonora durante o período pré-natal é tão incisiva que, depois do nascimento, o bebê é capaz de discriminar entre a voz materna e outras vozes femininas, demonstrando uma clara preferência pela primeira (Tomatis, 1987; DeCasper & Fifer, 1980; Nardi, 2009; Volta et al., 2010; DeCasper & Spence, 1986).

A formação da ligação entre a mãe e o feto exige tempo, amor e compreensão. O bebê, antes de nascer, já possui recursos suficientes para gerar emoção na mãe. Assim, ainda no decorrer da gravidez, o feto, através das suas respostas, já é capaz de moldar a mãe (Brazelton, 1992).

### **2.1.2. Da voz materna às canções de embalar**

Os textos das canções de embalar não resultam do acaso, mas sim da expressão da forma como a mãe vivencia a sua relação com o bebê. Assim, tanto as canções de berço portuguesas, como as canções de berço dos outros países, possuem um conjunto de características comuns que não dependem

das circunstâncias históricas, mas sim de condições psicológicas (Mota, 1983).

Neste sentido, as canções de embalar constituem uma forma interessante de comunicação entre a mãe e o bebé, nas culturas de todo o mundo, apresentando-se como um importante precursor da relação entre ambos (Bellieni et al., 2007; Odent, 1999; Cevasco, 2008).

Na literatura, é possível observar vários estudos e programas que envolvem mães, bebés e canções de embalar. Carolan et al. (2012), por exemplo, desenvolveram o *The Limerick Lullaby Project*, que procurou estudar a ligação entre a mãe e o bebé à luz das canções de embalar. Concluíram então que todas as mães que participaram no projeto, relataram que as canções de embalar contribuíram significativamente para a sua relação com o bebé, no período pós-parto. Mais concretamente, referiram que os filhos reagiram às suas canções e mostraram preferência por canções de embalar específicas, respondendo positivamente, o que as encorajou a cantar com mais frequência. Assim, na literatura refere-se a melhoria da ligação mãe-bebé associada à prática do canto ao filho, tanto no período pré-natal (Bellieni et al., 2007; McDonald et al., 2009) como no pós-parto (Blumenfeld & Eisenfeld, 2006; Cevasco, 2008).

Neste seguimento, Persico et al. (2017) procuraram perceber as circunstâncias em que as mães, mais frequentemente, cantam para o bebé. Assim verificaram que 42% das mães cantam para o bebé quando este está inquieto, 37% quando chora, 32% quando quer dormir e 15% enquanto brincam com ele. Por último, salientam que o cantar materno favorece a ligação entre a mãe e o bebé, enriquecendo-a, e que tem efeitos positivos tanto no comportamento do recém-nascido como no bem-estar da mãe.

Deste modo, no próximo capítulo, realizar-se-á uma análise dos efeitos/ benefícios das canções de embalar, mais especificamente, no que se refere à mãe e ao bebé.

## **II - Estudo Empírico**

### **2.1. Análise temática das canções de embalar portuguesas**

De forma a elaborar uma análise de conteúdo das canções de embalar, com o objetivo de analisar as temáticas nelas presentes e assim estudar a forma como é vivida a relação entre mãe e filho, tomaremos como base o estudo de Mota (1983). Este, no seu trabalho, apresenta e analisa uma amostra de canções de embalar portuguesas, construída a partir da recolha de canções feita por Vasconcelos (1938). Para este efeito, da coleção de cantigas apresentadas por Vasconcelos (1938), Mota (1983) eliminou todas aquelas que não eram quadras, com vista à uniformização da amostra. De igual forma, eliminou também "as cantigas que L. Vasconcelos diz não serem de berço, embora se lhe adaptando (156 a 159), exactamente por essa mesma razão; não serem de berço" (Mota, 1983, p.3). Por último, optou ainda por excluir a anedota infantil e os provérbios relacionados com as crianças, por motivos idênticos aos anteriores (Mota, 1983).

Assim, de acordo com Mota (1983), a sua amostra ficou constituída por 178 quadras, que, da coleção de cantigas apresentadas por Vasconcelos (1938), engloba as: "Canções de Prelúdio" (p.27) (quadras 1 a 13), "Canções de Acalentar (com o menino nos braços, no collo ou no regaço)" (p.27) (quadras 14 a 20), "Canções de Embalar (ou do «berço» propriamente ditas)" (p.28) (quadras 21 a 30), "Cantigas do Regaço e do Berço (que servem indifferentemente para acalantar o menino e para o embalar)" (p.30) (quadras 31 a 119) e que se dividem consoante as diferentes fases do sono (quando o bebé adormece, depois de adormecer e quando acorda; incluindo ainda canções alusivas ao choro e à doença), "Canções da Terra de Miranda" (p.43) (quadras 144 a 150) e as "Cantigas ao Menino Jesus" (p.43) (quadras 152 a 155d) que, de acordo com Mota (1983), começaram por ser cantadas no presépio, mas depois, devido às semelhanças feitas entre a Família Divina e a natural, passaram a ser cantadas sem distinção. Por último, conta ainda com algumas cantigas com particularidades morfológicas (quadras 120 a 133 e 136 a 140) e com algumas quadras que não foram englobas nos grupos anteriores, por terem sido recolhidas posteriormente (quadras 162 a 180) (Mota, 1983).

Neste sentido, Mota (1983) começou por desenvolver uma primeira leitura das canções de embalar, bem como uma revisão bibliográfica acerca do assunto. Assim resultaram cinco hipóteses-temas, que esperava encontrar na sua amostra de canções: "Bebé Divino", "Introdução do Bom Objecto Idealizado", "Introdução do Mau Objecto Idealizado", "Introdução do Terceiro", "Emergência da Sexualidade" (p.4). Definindo cada um destes temas, o *Bebé Divino* resulta da fantasia da mãe que, investindo o filho narcisicamente, o idealiza, o imagina adorado, tal como se viu a si adorada (Mota, 1983); Quando se refere ao *Bom Objecto Idealizado* lembra M. Klein, referindo que esta define o objeto ideal como sendo o seio ou o pénis e que, neste sentido, todas as boas experiências vividas pelo recém nascido, reais ou fantasiadas, são da responsabilidade deste objeto ideal, que deseja possuir e com o qual se quer identificar (Mota, 1983); Definindo o *Mau Objecto Persecutório*, mais uma vez alude a M. Klein, referindo que nele é projetada a pulsão da morte, pelo que o bebé projeta nele toda a sua hostilidade e lhe atribui todas as más experiências (Mota, 1983); Por sua vez, a *Introdução do Terceiro* diz respeito a tudo o que, progressivamente, se introduz na relação simbiótica mãe/bebé e que vai desinvestindo essa relação. Refere-se a tudo o que separa a mãe do bebé e que a impede de estar sempre presente, seja o trabalho ou outros, no geral (Mota, 1983). Por último, a *Emergência da Sexualidade* evidencia qualquer simbologia de carácter sexual (Mota, 1983).

Num segundo momento, Mota (1983) desenvolveu uma análise de conteúdo da sua amostra, assim decompôs as canções de embalar em elementos que considerou significativos, integrando-os posteriormente nas cinco hipóteses-temas acima referidas. A Tabela 1 diz respeito à frequência de cada tema na amostra, ou seja, nas 178 quadras consideradas:



**Tabela 1. Totais encontrados para cada tema (Mota, 1983, p.14)**

Temas	N=178	Percentagem %
<i>Bebé Divino</i>	70	39,33
<i>Introdução do Terceiro</i>	35	19,66
<i>Bom Objecto</i>	36	20,22
<i>Mau Objecto</i>	27	15,17
<i>Emergência da Sexualidade</i>	16	8,99

Depois de elaborada uma análise percentual, observa-se que o tema que mais prevalece nas quadras em análise é o *Bebé Divino* (39.33%), em contrapartida, a *Emergência da Sexualidade* (8.99%) representa o tema menos frequente (cf. Tabela 1) (Mota, 1983).

Neste seguimento, Mota (1983) distinguiu os elementos significativos encontrados para cada tema, analisando-os relativamente à sua frequência no tema a que pertencem e à sua frequência no total de quadras que integram a amostra em questão (N=178).

Assim, a Tabela 2 refere-se aos elementos significativos integrantes do tema *Bebé Divino*:

**Tabela 2. Elementos que integram o tema *Bebé Divino* (Mota, 1983, p.14)**

<i>Bebé Divino</i>	N=70	Percentagem %	% (N=178)
Família Sagrada	53	75,71	29,78
Menino e D'oiro	11	15,71	6,18
Menino é um Anjo	4	5,71	2,25
Berço Divino	2	2,86	1,12

A análise da Tabela 2 sugere que o elemento *Família Sagrada* é aquele com maior frequência (N=53), pelo que é o mais representativo do tema *Bebé Divino*. Este elemento inclui todas as quadras que contém referências a pessoas, como Maria, José, Menino Jesus ou Santana, bem como as referências a Belém, uma vez que este se considera o local de nascimento de Jesus (Mota, 1983).

**Tabela 3. Elementos que integram o tema *Introdução ao Terceiro* (Mota, 1983, p.15)**

<i>Introdução ao Terceiro</i>	N=35	Percentagem %	% (N=178)
Trabalho da mãe	21	60	11,80
Pai e mãe longe	7	20	3,93
Pai	7	20	3,93

A Tabela 3, diz respeito aos elementos significativos pertencentes ao tema *Introdução ao Terceiro*. Como tal, evidencia que o elemento *Trabalho da mãe* é o mais frequente (N=21), com uma percentagem de 60% (Mota, 1983). O que significa que, nas quadras em análise, o trabalho constitui a principal razão pela qual a mãe não está sempre presente. Mota (1983) realça ainda o facto de, no elemento *Pai*, não estarem consideradas as situações em que o pai surge porque a mãe está a trabalhar, essas situações integram o

elemento *Trabalho da mãe*. Acrescenta ainda que também não estão incluídas no elemento *Pai* as situações em que o pai está a fazer algo com a mãe, esses casos integram-se em *Pai e mãe longe* (Mota, 1983).

A Tabela 4 diz respeito ao tema *Bom Objecto* e aos elementos significativos que o constituem:

**Tabela 4. Elementos que integram o tema *Bom Objecto* (Mota, 1983, p.15)**

<i>Bom Objecto</i>	N=36	Percentagem %	% (N=178)
Anjos	28	77,78	15,73
Jesus	3	8,33	1,69
Nossa Senhora (Virgem)	3	8,33	1,69
Sono	2	5,56	1,12

Através da análise da Tabela 4, verifica-se que o elemento *Anjos* apresenta grande expressividade, sendo referido em 28 quadras, o que equivale a 77.78% da totalidade do tema. No entanto, os restantes elementos apresentam frequências baixas, pelo que não são muito representativos (Mota, 1983).

Da mesma forma, a Tabela 5 refere-se aos elementos que integram o tema *Mau Objecto*.

**Tabela 5. Elementos que integram o tema *Mau Objecto* (Mota, 1983, p.16)**

<i>Mau Objecto</i>	N=27	Percentagem %	% (N=178)
Papão	23	85,19	12,92
Raposa	1	3,70	0,56
Côca	1	3,70	0,56
Faronca	1	3,70	0,56
Medo	1	3,70	0,56

Mais uma vez existe um elemento que se destaca, neste caso o *Papão* com 85.19%, relativamente aos restantes, que não têm grande expressividade, sendo que cada um deles apenas aparece uma vez nas 27 quadras que compõem o tema *Mau Objecto* (cf. Tabela 5) (Mota, 1983).

Por último, a Tabela 6, referencia o tema *Emergência da Sexualidade* e a frequência com que cada um dos elementos que o integra surge.

**Tabela 6. Elementos que integram o tema *Emergência da Sexualidade* (Mota, 1983, p.16)**

<i>Emergência da Sexualidade</i>	N=16	Percentagem %	% (N=178)
Moça	2	12,50	1,12
Cena primitiva simbolizada	14	87,50	7,87

Através da leitura da Tabela 6, observa-se que o elemento *Cena primitiva simbolizada* surge com uma maior percentagem (87.50%) do que o elemento *Moça*, que apenas aparece duas vezes, o que equivale a 12.50% da totalidade do tema (Mota, 1983).

Mota (1983) analisou ainda, na sua amostra de 178 quadras, a forma

como a mãe se refere ao filho. Assim, a Tabela 7, que se segue, diz respeito a essa análise.

**Tabela 7. Modo como a mãe faz referência ao filho (Mota, 1983, p.17)**

	N=178	Porcentagem %
Menino	143	80,34
Menina	8	4,49
Filhos ou crianças	14	7,87
Criança	1	0,56
Sem referência	12	6,74

Verifica-se que na maior parte das vezes o bebê é referido como sendo do sexo masculino (80.34%). Este é um valor que contrasta fortemente com a porcentagem de vezes em que este é tratado no feminino, 4.49%, o que equivale a uma frequência de 8 vezes (*cf.* Tabela 7) (Mota, 1983).

Devido ao elevado número de referências a elementos religiosos, Mota (1983) optou ainda por dividir a sua amostra em dois grandes grupos - *Canções Religiosas* e *Canções Profanas* - de forma a avaliar quantitativamente a sua importância. Assim, nas canções religiosas incluiu todas as quadras que apresentam referências a elementos dessa natureza, tais como Nossa Senhora, Anjos, Jesus, entre outros (*cf.* Tabela 8).

**Tabela 8. Divisão da amostra em canções profanas e canções religiosas (Mota, 1983, p.17)**

	N=178	Porcentagem %
Profanas	84	47,19
Religiosas	94	52,81

Os resultados evidenciados pela Tabela 8 demonstram que não existe uma diferença significativa entre os dois grupos em comparação, dado que a sua frequência na amostra é semelhante (Mota, 1983). No entanto, após esta divisão, Mota (1983) analisou a frequência com que cada um dos 5 temas considerados aparece nos dois grupos. Tal pode ser observado na Tabela 9.

**Tabela 9. Frequência de cada tema nos dois grupos: canções profanas e canções religiosas (Mota, 1983, p.19)**

Temas	Profanas		Religiosas	
	N=84	%	N=94	%
<i>Bebé Divino</i>	1	1,19	70	74,47
<i>Introdução do Terceiro</i>	6	7,14	29	30,85
<i>Bom Objecto</i>	2	2,38	34	36,17
<i>Mau Objecto</i>	25	29,76	3	3,19
<i>Emergência da Sexualidade</i>	16	19,05	0	0,00

Após elaborada a Tabela 9 e dados os resultados, Mota (1983) comparou estatisticamente as percentagens encontradas nas duas amostras. Para isso estabeleceu duas hipóteses - H0: as diferenças observadas são devidas ao acaso e H1: existe uma diferença significativa. Verificou então que a hipótese comprovada para todos os temas, com significância de .01 foi

H1, pelo que as diferenças existentes entre os grupos não são devidas ao acaso. Deste modo, estas diferenças relacionam-se com o fator que distingue os dois grupos, que é o facto de serem ou não canções religiosas. Acrescenta ainda que os temas *Bebé Divino*, *Introdução do Terceiro* e *Bom Objecto* estão altamente correlacionados com o fator religioso, enquanto que os temas *Mau Objecto* e *Emergência da Sexualidade* apresentam correlações com as *Canções Profanas* (Mota, 1983).

**Tabela 10. Síntese da análise de conteúdo das canções de embalar portuguesas, considerando as 178 quadras que integraram o estudo de Mota (1983)**

Temas	N=178	% (N=178)	Caraterísticas do Tema
Bebé Divino	70	39,33	-Fantasia de mãe que, investindo o filho narcisicamente, o idealiza, o imagina adorado, tal como se viu a si adorada;
Família Sagrada	53	29,78	-Altamente correlacionado com o fator religioso.
Menino é D'oiro	11	6,18	
Menino é um anjo	4	2,25	
Berço Divino	2	1,12	
Introdução ao Terceiro	35	19,66	-Tudo o que progressivamente se introduz na relação simbiótica mãe/bebé e que vai desinvestindo essa relação; tudo o que separa a mãe do bebé e que a impede de estar sempre presente;
Trabalho da mãe	21	11,80	
Pai e mãe longe	7	3,93	
Pai	7	3,93	-Altamente correlacionado com o fator religioso.
Bom Objecto	36	20,22	-M. Klein define o objeto ideal como sendo o seio ou o pénis; assim, todas as boas experiências vividas pelo recém-nascido, reais ou fantasiadas, são da responsabilidade deste objeto ideal, que deseja possuir e com o qual se quer identificar;
Anjos	28	15,73	
Jesus	3	1,69	
Nossa Senhora (Virgem)	3	1,69	
Sono	2	1,12	-Altamente correlacionado com o fator religioso.
Mau Objecto	27	15,17	-Nele é projetada a pulsão da morte; o bebé projeta nele toda a sua hostilidade e atribui-lhe todas as más experiências;
Papão	23	12,92	
Raposa	1	0,56	
Côca	1	0,56	
Faronca	1	0,56	-Correlação com as canções profanas.
Medo	1	0,56	
Emergência da Sexualidade	16	8,99	-Evidencia qualquer simbologia de carácter sexual;
Moça	2	1,12	-Correlação com as canções profanas.
Cena primitiva simbolizada	14	7,87	

## 2.2. Características musicais das canções de embalar

As canções de embalar, tais como as outras canções populares, são de curto fôlego, com ideias gerais rapidamente expostas, sendo por isso consideradas simples ritmos para acalmar ou adormecer o bebé. Apresentam bastantes semelhanças na sua forma, independentemente da cultura a que pertencem, sendo muitas delas interpelações dirigidas ao bebé ou a entidades sobrenaturais (Mota, 1983). Destas características em comum fazem parte a repetição, a simplicidade do contorno e a preponderância de intervalos descendentes (Trehub et al., 1997). Assim, as canções de embalar são um género musical facilmente identificável, mesmo sem texto, pelas características da sua estrutura musical (Deliège et al., 1996).

Neste sentido, alguns estudos (Trehub et al., 1993 a; Rock et al., 1999) destacam a capacidade de bebés e adultos para distinguirem as canções de embalar, quando comparadas com outros géneros musicais (Trehub et al., 1993 a; Rock et al., 1999) ou quando lhes é retirado o texto, restando apenas a melodia (Trehub et al., 1993 a). Mesmo quando são utilizadas canções de embalar de outros países, os estudos realizados evidenciam que os participantes conseguem diferenciá-las enquanto pertencentes a esse género musical (Trehub et al., 1997). Este facto denota características comuns nas canções de embalar das diferentes culturas (Eibl-Eibesfeldt, 1989).

As canções de embalar distinguem-se pelo seu carácter tranquilo e pela simplicidade da sua linha melódica. Existem canções de embalar de rima cruzada (a b a b), de rima emparelhada (a a b b), de rima interpolada (a b b a) e, menos frequentes, de rima encadeada, nas quais a última palavra de um verso rima com palavras do meio do verso seguinte (Trevvarthen, 1999). De acordo com Vasconcelos (1907), o metro mais seguido é a redondilha maior, sendo a estância adotada a quadra em que o terceiro verso rima com o quarto (rima emparelhada). No entanto, há algumas canções que têm redondilha menor e cujos versos não estão dispostos em estâncias regulares. Quer as estrofes sejam de rima interpolada, rima emparelhada ou rima encadeada, o contorno melódico das mesmas confere à melodia uma direcção descendente e ascendente. As estrofes podem ser dísticos (dois versos), tercetos (três versos), quadras (quatro versos) ou quintilhas (cinco versos), sendo que por norma não excedem muito esta estrutura (Vasconcelos, 1907).

Assim, uma vez que nas canções de embalar raramente existem alterações de tonalidade no percurso melódico, o bebé consegue estabilidade e envolvimento musical e emocional. Para isto contribuem os ritmos simples e repetidos e as intensidades baixas e pouco variadas (Kemp, 1993). Adicionalmente Graça (1991) salienta que o estilo utilizado para cantar ao bebé acentua as características deste género musical, pelo que para o acalmar e adormecer deve adotar-se um tom de voz suave e um tempo e ritmo lentos. Nesta perspectiva, a repetição e a acentuação de certas sílabas (tais como: nana, la-la, no-no, oh-oh,...) no final das frases, confere à canção um carácter carinhoso e dolente.

**Tabela 11. Síntese das características musicais das canções de embalar**

Caraterísticas	Estudo(s)
Ideias gerais rapidamente expostas	Mota (1983)
Ritmos simples	Graça (1991); Kemp (1993); Mota (1993);
Repetição de ritmos e sílabas	Graça (1991); Kemp (1993); Trehub et al. (1997)
Preponderância de intervalos descendentes	Trehub et al. (1997); Vasconcelos (1907);
Intensidades baixas e pouco variadas	Kemp (1993)
Estruturas musicais semelhantes	Deliège et al. (1996); Mota (1983)
Caráter tranquilo, carinhoso e dolente	Graça (1991); Trevarthen (1999)
Cantada com tom de voz suave	Graça (1991)
Linha melódica simples	Kemp (1983); Mota (1983); Trehub et al. (1997); Trevarthen (1999)
Rima: cruzada (abab), emparelhada (aabb; mais frequente), interpolada (abba), encadeada (menos frequente)	Trevarthen (1999); Vasconcelos (1907)
Metro mais frequente: redondilha maior	Vasconcelos (1907)
Estrofes: dísticos (2 versos), tercetos (3 versos), quadras (4 versos), quintilhas (5 versos)	Vasconcelos (1907)

### 2.3. Funções das canções de embalar

As canções de embalar das diferentes culturas partilham entre si diversas características, sendo por isso também o efeito por elas provocado semelhante, que passa por acalmar, provocar sensação de sono e adormecer o bebé (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Assim, as suas melodias, ainda que sem texto, transmitem mensagens de amor e ternura (Fernald, 1989). Deste modo, as canções de embalar, permitem que os adultos passem, através delas, diversas mensagens que diferem umas das outras pela sua emotividade (Rock et al., 1999).

**Tabela 12. Síntese das funções das canções de embalar**

Funções	Estudo(s)
Acalmar	Eibl-Eibesfeldt (1989)
Provocar sensação de sono e adormecer o bebé	Eibl-Eibesfeldt (1989)
Transmitir amor e ternura	Fernald (1989)
Transmitir as emoções da mãe	Rock et al. (1999)

Castro (2003), no seu estudo, aborda as funções das canções de embalar de acordo com a sua intenção, distinguindo entre natureza social, psicológica, moral-religiosa e pedagógica (*cf.* Tabela 13)

**Tabela 13. Síntese da natureza das canções de embalar (Castro, 2003)**

Natureza	Caraterísticas
Social	Pretende alertar o bebé para assuntos de contexto familiar, tais como, adultério, dificuldades da vida laboral e problemas de saúde, quer dos pais, quer do próprio bebé. Deste modo, a mulher cantava os seus lamentos, relativos à vida perdida e à irresponsabilidade do marido.
Psicológica	A maioria das canções de embalar expressa diversos sentimentos, muitos deles de carácter social e moral, que permitem situar e perceber os contextos de vida de cada pessoa.
Mora-religiosa	Numa sociedade marcada pelas tradições religiosas e morais percebe-se que todos os cuidados em volta do bebé, especificamente aqueles referentes ao período de sono, relacionem as instâncias divinas e o contexto familiar. Desta forma, as canções de embalar, permitiam que as mães pedissem aos céus ajuda na proteção dos seus filhos, no que diz respeito à sua saúde e à sua orientação pelos bons caminhos. Do mesmo modo, as mães pediam a proteção do sono do bebé e o seu afastamento da morte.
Pedagógica	Muitas canções de embalar, embora tenham como objetivo principal adormecer o bebé, transmitem nos seus textos valores pedagógicos, de forma a que o bebé retire deles ensinamentos para o seu futuro. Até quando se menciona a condição da mulher solteira, as responsabilidades matrimoniais, o adultério e as situações laborais, se procura integrar o bebé na sociedade, para que ele perceba as adversidades da vida.

#### **2.4. Efeitos/ benefícios das canções de embalar**

A música é importante para todas as culturas e faz parte dos mais antigos rituais humanos, dada a sua capacidade para comunicar sentimentos e experiências que não são fáceis de expressar em palavras (Meymandi, 2009; Hormigos-Ruiz, 2010). Assim, sendo utilizada enquanto meio de comunicação, está associada a benefícios para saúde, restaurando a harmonia do corpo e acalmando a mente (Sidorenko, 2000; Zhu et al., 2006; Meymandi, 2009; Tabarro et al., 2010).

Os estudos atuais indicam que a música tem um efeito positivo no sistema cardio-respiratório, diminuindo a pressão sanguínea, estabilizando o ritmo cardíaco e aumentando a saturação de oxigénio (Bradt & Dileo, 2009; Trappe, 2009). Alguns autores, como Bernardi et al. (2009), descobriram que as funções autónomas do corpo, como por exemplo o ritmo cardíaco, se adaptam ao ritmo da música, sendo que a frequência cardíaca aumenta quando o volume e a batida da música aumentam também. Desta forma, as músicas que fluem com uma melodia mais suave, como as canções de

embalar, são consideradas extremamente relaxantes e calmantes (Labbe et al., 2007; Kreutz et al., 2008).

Seguidamente, iremos apresentar alguns destes estudos, de forma a perceber como podem as canções de embalar beneficiar a mãe e o bebé.

#### **2.4.1. Efeitos/ benefícios das canções de embalar para a mãe**

Salimpoor et al. (2009) descobriram que a música prazerosa é vivenciada emocionalmente. Neste seguimento, Koelsch (2010) e Zatorre (2003) sugeriram que a música tem impacto na região do cérebro envolvida na recompensa e no prazer, traduzindo respostas biológicas semelhantes àquelas produzidas pela estimulação alimentar e sexual, o que pode explicar a gratificação existente nas mães que cantam canções de embalar. Estas são evidências de que a música é capaz de provocar emoções fortes (Sidorenko, 2000; Zhu et al., 2006; Koelsch, 2010) e facilitar a expressão de sentimentos complexos, como o medo e a saudade (Ready, 2010). Estas características contribuem positivamente para o bem-estar, facilitando o relaxamento e auxiliando os indivíduos a lidar com as suas próprias preocupações (Carolan et al., 2012).

De acordo com a literatura, no que se refere mais especificamente à experiência de maternidade, verifica-se que a música tem efeito no alívio da dor no parto e no pós-parto (Sidorenko, 2000; Tabarro et al., 2010) e contribui para a redução do *stress* e ansiedade da mãe (Sidorenko, 2000; Chang et al., 2008). Contudo, embora os benefícios terapêuticos da audição de música durante a gravidez e no pós-parto sejam bastante estudados, não se sabe muito acerca dos benefícios específicos em cantar para o bebé nestes períodos (Carolan et al., 2012).

Neste sentido, Carolan et al. (2012) desenvolveram um programa, *The Limerick Lullaby Project* que, com a colaboração de mulheres grávidas, procurou explorar os possíveis benefícios resultantes da prática do canto materno de canções de embalar nas próprias mães e nos seus bebés. Assim, as mulheres que participaram no programa declararam, de forma unânime, benefícios no que se refere ao alívio do *stress*, sentindo-se mais relaxadas, salientando a sua importância para o bem-estar do bebé. As participantes revelaram ainda níveis de auto-confiança aumentados, após a participação no programa. No que se refere aos primeiros dias após o parto, as participantes referiram também algumas vantagens, entre elas, a facilidade em tranquilizar e distrair o bebé e o facto de terem encontrado nas canções de embalar um método para se acalmarem (Carolan et al., 2012). Neste sentido, as canções de embalar funcionam como uma ferramenta adicional para acalmar os bebés, o que oferece alguma tranquilidade à mãe, ajudando-a a ganhar confiança nas suas capacidades de maternidade, tornando esta uma experiência positiva. Assim, a participação neste programa funcionou como um meio para as mulheres lidarem com as preocupações de maneira segura. De igual forma, permitiu uma expressão emocional e libertação muito profunda, que por vezes as palavras não facilitam (Carolan et al., 2012).

Embora sejam escassas as pesquisas sobre a expressão emocional



durante o canto, a ideia de que a música é capaz de evocar emoções intensas (Sidorenko, 2000; Zhu et al., 2006; Koelsch, 2010), de facilitar a expressão de sentimentos profundos, tais como o medo do desconhecido (Ready, 2010) e de atuar como um estímulo para o humor (Koelsch, 2010) é unânime.

**Tabela 14. Síntese dos principais efeitos/ benefícios das canções de embalar para a mãe**

Efeitos/ benefícios	Estudo(s)
Bem-estar	Carolan et al. (2012)
Efeito positivo no sistema cardio-respiratório	Bernardi et al. (2009); Bradt & Dileo (2009); Trappe (2009)
Relaxamento	Carolan et al. (2012); Kreutz et al. (2008); Labbe et al. (2007)
Sensação de prazer	Koelsch (2010); Zatorre (2003)
Emoções fortes	Koelsch (2010); Sidorenko (2000); Zhu et al. (2006)
Facilitam a expressão de sentimentos complexos	Carolan et al. (2012); Ready (2010)
Alívio da dor no parto e pós-parto	Sidorenko (2000); Tabarro et al. (2010)
Redução do <i>stress</i> / ansiedade	Carolan et al. (2012); Chang et al. (2008); Sidorenko (2000)
Auto-confiança	Carolan et al. (2012)
Facilidade em tranquilizar e distrair o bebé	Carolan et al. (2012)
Estímulo para o humor	Koelsch (2010)

#### 2.4.2. Efeitos/ benefícios das canções de embalar para o bebé

A capacidade de resposta dos bebés ao canto materno pode explicar a sua utilização em diversos contextos, nas diferentes culturas (Trehub & Schellenberg, 1995; Trehub & Trainor, 1998). No sentido de perceber o efeito da música no bebé e como pode esta condicionar os seus comportamentos, tem-se vindo a desenvolver vários estudos nesta área.

Os estudos de Masataka (1999) e Trainor (1996) demonstraram que os bebés respondem preferencialmente ao cântico dirigido, quando comparado com a fala, recorrendo a estímulos relativamente pobres, tais como gravações de áudio de cantores para eles desconhecidos (mães de outras crianças). No entanto, quando Nakata e Trehub (2000) experimentaram submeter os bebés a estímulos mais ricos, como gravações audiovisuais de fala e canto das suas próprias mães, estes demonstraram uma atenção consideravelmente maior (Cooper & Aslin, 1990; Fernald, 1985; Masataka, 1999; Trainor, 1996). De salientar ainda que, os bebés evidenciaram níveis de atenção superiores nos episódios de canto da mãe, em comparação com os episódios de fala. Assim, nos primeiros, permaneceram mais tempo a olhar para a imagem da progenitora no ecrã. Simultaneamente, verificaram-

se reduções nos seus movimentos corporais, o que reflete a intensidade do envolvimento do bebê (Bacher & Robertson, 2001), principalmente durante os episódios de canto (Trehub & Nakata, 2001). Também o seu ritmo cardíaco se demonstrou alterado nestas circunstâncias, sendo que a sua frequência diminuiu substancialmente (Byrne & Miller, 1988; Byrne & Smith-Martel, 1987).

De acordo com Trehub (2001), o canto materno atua mais sobre os níveis de excitação do bebê, do que sobre o comportamento por ele apresentado. A utilização das canções de embalar para adormecer os bebês, da música como método favorável no cuidado de bebês prematuros, que apresentam níveis de excitação perigosamente elevados, evidencia as suas capacidades na redução da excitação e consequente estabilização dos batimentos cardíacos (Lorch et al., 1994) e dos níveis de saturação de oxigênio (Cassidy & Standley, 1995; Standley & Moore, 1995). Neste sentido, Shenfield et al. (2003) examinaram o efeito do canto materno no estado de excitação de bebês saudáveis e não angustiados, através dos níveis de cortisol presentes em amostras salivares dos mesmos. Importante salientar que estímulos indutores de *stress* levam a um aumento nas concentrações de cortisol (Gunnar et al., 1989; Stansbury & Gunnar, 1994), enquanto que estímulos agradáveis e relaxantes reduzem os níveis de cortisol, anteriormente elevados (Field et al., 1996; Gunnar et al., 1992; Kurihara et al., 1996). O canto materno consegue excitar um bebê sonolento ou letárgico e, simultaneamente, acalmar um bebê agitado, o que revela que o seu efeito não é uniforme, diferindo entre bebês (Byrne & Smith-Martel, 1987). Os estudos de Shenfield et al. (2003) vêm confirmar esta teoria, uma vez que demonstraram que os bebês com níveis de cortisol mais baixos, em resposta ao canto materno, exibiram modestos aumentos, enquanto que aqueles com níveis mais elevados, quando sujeitos a canções de embalar, revelaram reduções dos níveis de cortisol.

Por último, um estudo de Persico et al. (2017), que procurou compreender o efeito das canções de embalar no comportamento do recém-nascido, no que se refere ao seu ritmo de sono, frequência de episódios de choro e cólicas neonatais, revelou que as canções de embalar têm um impacto significativo nestes três aspetos, reduzindo os episódios de choro no primeiro mês de vida do bebê, a frequência de cólicas nos primeiros dois meses e o número de despertares noturnos.

**Tabela 15. Síntese dos principais efeitos/ benefícios das canções de embalar para o bebê**

Efeitos/ benefícios	Estudo(s)
Níveis de atenção superiores	Cooper & Aslin (1990); Fernald (1985); Masataka (1999); Trainor (1996)
Redução dos movimentos corporais	Bacher e Robertson (2001)
Estabilização do ritmo cardíaco	Byrne e Miller (1988); Byrne e Smith-Martel (1987); Lorch et al. (1994)
Estabilização dos níveis de oxigênio	Cassidy e Standley (1995); Standley e Moore (1995)
Redução ou aumento da excitação	Byrne e Smith-Martel (1987); Lorch et al. (1994)

Regulação dos níveis de cortisol	Shenfield et al. (2003)
Redução dos episódios de choro	Persico et al. (2017)
Redução da ocorrência de cólicas	Persico et al. (2017)
Redução dos despertares noturnos	Persico et al. (2017)

---

## 2.5. Objetivos

Este estudo tem como objetivo a exploração de uma possível relação entre a prática de cantar canções de embalar ao bebé, após o seu nascimento, e o bem estar emocional da mãe, bem como a sua influência na relação mãe/bebé. De um modo mais específico, procura relacionar a frequência com que a mãe canta para o seu bebé ao longo do dia com a sintomatologia depressiva da mesma, com o seu bem estar mental e autoestima. Analisando, ainda, a hipótese das canções de embalar influenciarem a relação que a mãe e o bebé estabelecem nos primeiros meses de vida do mesmo.

A escolha das canções de embalar, ao invés de outro tipo de música, resulta do seu valor comunicativo e da sua importância simbólica, transversal às diferentes culturas do mundo, no que se refere à ligação mãe-bebé.

## III - Metodologia

### 3.1. Desenho da investigação

O presente estudo revela um carácter exploratório, descritivo-correlacional, comparativo e transversal, sendo a sua abordagem de natureza quantitativa.

A índole exploratória assenta na escassez de conhecimentos prévios acerca do tema em questão, essencialmente no que se refere à população portuguesa. Assim, este revela-se o método mais apropriado para fornecer uma maior proximidade com a problemática tratada, sendo de igual forma, bastante eficaz na obtenção de dados e leituras que incitem estudos posteriores.

O carácter transversal deste estudo deve-se ao facto dos dados terem sido recolhidos num único momento no tempo, o que evidencia um corte transversal das características da população em consideração.

No que se refere à sua abordagem, diz-se de natureza quantitativa uma vez que o principal objetivo passa por descrever variáveis e analisar algumas relações entre elas. Inserido nesta abordagem, diz-se descritivo-correlacional pois proporciona uma descrição dos dados referentes às variáveis estudadas, bem como das relações presentes entre elas; por último, diz-se comparativo, uma vez que compara os dados de dois grupos.

### 3.2. Amostra

A amostra deste estudo foi recolhida através de um questionário

*online*, divulgado nas redes sociais. O período de recolha decorreu entre os meses de Março e Maio de 2018.

A amostra foi criada com base numa amostragem não probabilística por conveniência ou acidental. De acordo com este tipo de amostragem, cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser selecionado para fazer parte da amostra. Desta forma, a amostragem não probabilística, quando comparada com a probabilística, apresenta a desvantagem de ser menos representativa do que a outra. Trata-se de uma amostra acidental uma vez que a participação dos sujeitos foi totalmente voluntária e que os participantes foram selecionados por conveniência. Por conseguinte, o processo amostral não assegura a representatividade da amostra, assim, os resultados da mesma só são válidos para ela própria. Contudo, este apresenta-se como um método rápido, de baixo custo e acessível (Fortin, 2009).

A amostra em questão é constituída por 471 sujeitos e para a sua formação foram considerados os seguintes critérios de inclusão: i) ser do sexo feminino; ii) ter um bebé entre as 4 e as 40 semanas de idade (inclusive).

### **3.3. Instrumentos**

#### **3.3.1. Questionário sociodemográfico - (Anexo I)**

O questionário sociodemográfico foi idealizado exclusivamente para o presente estudo, assim procurou reunir características sociodemográficas da mãe, tais como idade, nacionalidade, área de residência, habilitações literárias completas, estatuto profissional e estado civil, bem como dados referentes ao período de gravidez, ao parto, ao pós-parto e à experiência prévia da mãe no que se refere ao cuidado de bebés. De igual forma, o questionário pretendeu obter informação relativa ao próprio bebé e à relação da mãe com o pai do mesmo. Por último, procurou averiguar a relação existente entre a mãe e o bebé, analisando, mais concretamente, a questão da presença das canções de embalar no quotidiano de ambos. Assim, exploraram-se algumas particularidades relacionadas com esse conteúdo, tais como, o tipo de canções de embalar que a mãe costuma cantar para o bebé, as circunstâncias em que canta e qual o principal efeito que nota nele.

#### **3.3.2. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo - (Anexo II)**

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo - traduzida e validada para a população portuguesa por Augusto et al. (1996), a partir da *Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS)*, de Cox, Holden & Sagovsky (1987) - é um questionário de autorresposta que avalia a intensidade de sintomas depressivos no período precedente de sete dias e tem sido utilizada em diversos estudos durante a gravidez e no pós-parto (Areias et al., 1996; Augusto et al., 1996; Figueiredo et al., 2006).

A EPDS compreende 10 itens, respondidos numa escala de frequência

tipo *Likert*, que varia entre os 0 e os 3 pontos. Assim, o resultado total da escala varia entre os 0 e os 30 pontos, sendo que, para cada item, a mulher escolhe a resposta que melhor descreve o modo como se sentiu na última semana, assinalando uma das quatro opções de resposta. Quanto mais elevado for o resultado final, maior é a probabilidade da mulher manifestar depressão pós-parto. Uma pontuação igual ou superior a 12 evidencia a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade (Figueiredo et al., 2007).

A consistência interna da versão portuguesa da escala é boa, na medida em que demonstra valores de 0,84 (coeficiente de *split-half*) e 0,85 (alfa de Cronbach) e uma fidelidade teste-reteste de 0,75 (Figueiredo, 1997). Para além disso, apresenta uma sensibilidade de 65% e uma especificidade de 96%.

### **3.3.3. Versão Portuguesa da *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* - (Anexo III)**

A *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS) é uma escala de autorrelato, formada por 14 itens que avaliam a dimensão hedónica (felicidade, satisfação com a vida) e eudaimónica (funcionamento positivo) do bem-estar (Taggart et al., 2013). Assim, a escala compreende o afeto positivo, as relações interpessoais satisfatórias e o funcionamento positivo dos sujeitos (Tennant et al., 2007).

Os itens refletem sentimentos e pensamentos, acerca dos quais os participantes devem responder consoante a sua experiência, no decorrer das últimas duas semanas. Deste modo, encontram-se distribuídos numa escala tipo *Likert* entre 1 (*nunca*) e 5 (*sempre*), sendo a pontuação mínima de 14 pontos e a pontuação máxima de 70 pontos, em que os níveis mais elevados estão associados a melhor bem-estar mental (Taggart et al., 2013).

Muitos são os estudos que suportam a ideia de que esta é uma escala que apresenta boa validade e consistência interna para diferentes populações (Clarke et al., 2011) e culturas (Taggart et al., 2013 – população chinesa e paquistanesa; Castellví et al., 2013 – população espanhola; Monte, 2014 – população portuguesa) e que possui boas qualidades psicométricas (Clarke et al., 2011; Taggart et al., 2013).

### **3.3.4. Escala de Autoestima de Rosenberg (ROS) - (Anexo IV)**

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg (ROS) - traduzida e adaptada para a população portuguesa por Simões e Lima (1992), a partir da *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), de Rosenberg (1965) - é um questionário de autorresposta, que procura uma medida unidimensional da autoestima global.

A ROS é constituída por 10 itens, cinco no sentido afirmativo e cinco no sentido da negação, apresentados de uma forma aleatória, reduzindo o risco de resposta direcionada. Assim, os itens 1, 2, 4, 6 e 7 representam itens de autoconfiança, enquanto que os itens 3, 5, 8, 9 e 10 dizem respeito a itens de auto-depreciação. Para cada um deles, o sujeito possui quatro

possibilidades de resposta (*discordo muito, discordo, concordo, concordo muito*), numa escala tipo *Likert* de quatro pontos. O sujeito deve responder de acordo com o seu grau de concordância para cada item e a pontuação das respostas varia de acordo com o facto de os itens se encontrarem ou não invertidos Rosenberg (1965).

A pontuação total da escala pode variar entre os 10 e os 40 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais elevada a autoestima do sujeito. Salienta-se que nesta escala a elevada autoestima é reflexo de um indivíduo que se sente positivamente acerca de si próprio (Fox, 1998), baseando-se na avaliação que faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valores morais (Serra, 1988).

Este é um instrumento que possui excelentes características psicométricas, sendo muito utilizado no contexto internacional e nacional (Simões & Neto, 1994; Simões & Lima, 1992; Oliveira, 2005; Aragão, 2009).

### **3.3.5. Questionário de Ligação ao Bebé Após o Nascimento - (Anexo V)**

O Questionário de Ligação ao Bebé Após o Nascimento - adaptado e validado para a população portuguesa por Nazaré et al. (2012), a partir do *Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)*, de Brockington et al. (2001) - é um questionário de autorresposta que avalia a existência de perturbações na relação que mães e pais estabelecem com o seu bebé (Nazaré et al., 2012).

O questionário é composto por 12 itens, sendo que quatro deles se encontram invertidos (itens 1, 5, 6 e 11), respondidos numa escala de frequência tipo *Likert*, que varia entre os 0 (*nunca*) e os 5 pontos (*sempre*). A pontuação das respostas varia de acordo com o facto de os itens se encontrarem ou não invertidos. Assim, o resultado total do questionário varia entre os 0 e os 60 pontos, sendo que, para cada item, o sujeito escolhe a resposta que melhor evidencia a frequência com que cada uma das afirmações se aplica a si. Quanto mais elevado for o resultado final, mais danificada está a ligação entre a mãe ou o pai e o bebé (Nazaré et al., 2012).

O instrumento apresenta bons níveis de fidelidade e de validade (Nazaré et al., 2012).

### **3.4. Procedimentos estatísticos**

Para realizar a análise estatística utilizou-se o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22.0, para *Windows*.

A análise estatística compreendeu medidas de estatística descritiva - frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão - e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi estabelecido em  $p \leq .05$ . Utilizou-se o coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*, testes paramétricos - teste *t de Student para amostras independentes* e *ANOVA unidirecional*, testes não paramétricos para amostras independentes - teste *U de Mann Whitney* e *Kruskall-Wallis* e ainda correlações. De salientar que foram analisados os pressupostos para a

realização dos testes paramétricos, mais concretamente, o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias. Aceitou-se a normalidade de distribuição para as amostras com dimensão superior a 30, considerando o teorema do limite central.

## IV - Resultados

### 4.1. Caracterização da amostra

Participaram no estudo 471 mulheres, com idades compreendidas entre os 17 e os 47 anos, apresentando uma média etária de 33.4 anos (DP=4.4 anos). A maioria das inquiridas é de nacionalidade portuguesa (98.3%), reside no Norte de Portugal (37.4%), tem o ensino superior (82.2%), está atualmente empregada (86.2%) e é casada (58.0%) (*cf.* Tabela 16).

**Tabela 16. Caracterização sociodemográfica das participantes**

	N	%
<i>Idade (M ± DP)</i>	33.4 (4.4)	
<i>Nacionalidade</i>		
Portuguesa	463	98.3
Brasileira	7	1.5
Belga	1	0.2
<i>Área de Residência</i>		
Norte de Portugal	176	37.4
Centro de Portugal	119	25.3
Lisboa e Vale do Tejo	119	25.3
Alentejo	12	2.5
Algarve	11	2.3
Açores	4	0.8
Madeira	8	1.7
Outro	22	
Alemanha	1	0.2
Bélgica	1	0.2
Brasil	5	1.1
EUA	1	0.2
França	3	0.6
Inglaterra	3	0.6
Luxemburgo	2	0.4
Suécia	2	0.4
Suíça	3	0.6
Timor-Leste	1	0.2
<i>Habilitações Literárias Completas</i>		
3º ciclo (9º ano)	9	1.9
Ensino secundário (12º ano)	75	15.9
Ensino superior	387	82.2

<i>Estatuto Profissional</i>		
Empregada	406	86.2
Desempregada	52	11.0
Doméstica	13	2.8
<i>Estado Civil</i>		
Solteira	27	5.7
Casada	273	58.0
União de Facto	167	35.5
Divorciada	4	0.8

#### 4.2. Análise descritiva

A gestação foi planeada por 85.4% das respondentes (*cf.* Anexo VI, Tabela 17), sendo que 28.2% das mães inquiridas já experienciou, no mínimo, uma gravidez anterior (*cf.* Anexo VI, Tabela 18). Neste sentido, 73.9% das participantes referiram ter tido uma gravidez fora de risco (*cf.* Anexo VI, Tabela 19), tendo na sua maioria contado com o apoio da família (93.2%) (*cf.* Anexo VI, Tabela 20). Ademais, 65.4% das mães referiu ter cantado para o bebé durante a gravidez, sendo que, uma percentagem superior (77.1%) declarou ter colocado música para o bebé escutar (*cf.* Anexo VI, Tabela 21).

No que diz respeito ao tipo de parto, a maioria das mulheres (60.5%) referiu um parto distócico (*cf.* Anexo VI, Tabela 22), isto é, com recurso a fórceps, ventosa ou cesariana, sem complicações (84.5%) (*cf.* Anexo VI, Tabela 23). De igual forma, 88.7% das respondentes referiu que não se verificaram complicações após o parto, sendo que 91.9% contou com o apoio da família (*cf.* Anexo VI, Tabela 24). No que se refere à experiência anterior no cuidado de bebés, a maioria das mães diz já ter alguma experiência (52.7%) (*cf.* Anexo VI, Tabela 25). Por último, 51.8% declarou estar em licença de maternidade (*cf.* Anexo VI, Tabela 26).

Em relação aos bebés, verifica-se que 51.6%, um pouco mais de metade, são do sexo masculino e os demais do sexo feminino (*cf.* Anexo VI, Tabela 27) e que 14.9% têm 40 semanas de idade, sendo esta a moda da amostra (*cf.* Anexo VI, Tabela 28). Conclui-se ainda que a maioria dos bebés nasceu entre as 38 e as 42 semanas de gestação (85.1%) (*cf.* Anexo VI, Tabela 29).

No que diz respeito ao pai do bebé, uma percentagem expressiva de mães (97.0%) refere viver com mesmo (*cf.* Anexo VI, Tabela 30); de igual forma, a maioria afirma manter com ele uma relação muito boa (71.5%) (*cf.* Anexo VI, Tabela 31), sendo que 82.2% diz sentir-se frequentemente apoiada (*cf.* Anexo VI, Tabela 32).

Por último, no que concerne à relação mãe-bebé, 62.0% das respondentes diz passar entre 21 a 24 horas diárias com o filho (*cf.* Tabela 33). Neste seguimento, uma percentagem expressiva de mães - 96.0%, o que equivale a 452 mulheres - refere cantar canções de embalar ao bebé, sendo que apenas 19 dizem não o fazer (4.0%) (*cf.* Tabela 34). Das 452 que referem cantar, 6.0% diz fazê-lo raramente ao longo do dia, 53.8% algumas vezes e 40.3% frequentemente (*cf.* Tabela 35).



**Tabela 33. Número de horas que a mãe passa com o bebê, por dia**

	Frequência	Porcentagem %
0 a 5 horas diárias	22	4.7
6 a 10 horas diárias	40	8.5
11 a 15 horas diárias	64	13.6
16 a 20 horas diárias	53	11.3
21 a 24 horas diárias	292	62.0
Total	471	100.0

**Tabela 34. Hábito de cantar canções de embalar para o bebê**

	Frequência	Porcentagem
Sim	452	96.0
Não	19	4.0
Total	471	100.0

**Tabela 35. Frequência com que a mãe canta para o bebê ao longo do dia**

	Frequência	Porcentagem
Raramente	27	6.0
Algumas vezes	243	53.8
Frequentemente	182	40.3
Total	452	100.0

Quando questionadas acerca do tipo de canções que têm por hábito cantar, 69.0% refere canções/ melodias inventadas por si, 68.1% canções de embalar tradicionais, 59.3% apenas melodias (canções sem letra), 38.1% canções que o bebê ouviu durante a gravidez, 34.3% canções da atualidade, e, em menor percentagem, 0.9% refere cantar cânticos religiosos, 0.4% canções infantis, 0.2% músicas alentejanas e, por último, 0.2% diz cantar músicas tradicionais portuguesas (*cf.* Tabela 36).

**Tabela 36. Tipo de canções que costuma cantar ao bebê**

	Frequência	Porcentagem
Canções/ melodias inventadas por si	312	69.0
Canções de embalar tradicionais	308	68.1
Canções da atualidade	155	34.3
Melodias (canções sem letra)	268	59.3
Canções que o bebê ouviu durante a gravidez	172	38.1
Outras	8	
Canções infantis	2	0.4
Cânticos religiosos	4	0.8
Músicas alentejanas	1	0.2
Músicas tradicionais portuguesas	1	0.2

Neste seguimento, a maioria das mães refere cantar ao bebê para o adormecer (83.0%) e para o acalmar/ relaxar quando está agitado (83.4%); no entanto, 55.5.% diz cantar enquanto brinca com ele e 27.9% ao dar as refeições. Com percentagens inferiores, 1.1% das mães refere cantar

enquanto dá banho ao bebê, 0.6% na muda da fralda, 0.2% enquanto o veste e 0.2% durante as viagens de carro, o que equivale a apenas uma respondente (cf. Tabela 37).

**Tabela 37. Circunstâncias em que canta para o bebê**

	Frequência	Porcentagem
Para o adormecer	375	83.0
Para o acalmar/ relaxar quando está agitado	377	83.4
Ao dar as refeições	126	27.9
Enquanto brinca com ele	251	55.5
Outras	10	2.1
Ao dar-lhe banho	5	1.1
Na muda da fralda	3	0.6
Enquanto o veste	1	0.2
Nas viagens de carro	1	0.2

Por fim, quando questionadas acerca do principal efeito que notam no bebê quando cantam para ele, 7.7% das inquiridas referiu que este se ri, 50.2% disse que o bebê se acalma, 29.4% indicou o olhar atento para a mãe, 12.2% declarou que o filho adormece e, apenas 0.4% referiu, como principal efeito, o choro (cf. Tabela 38).

**Tabela 38. Comportamento do bebê perante a audição de uma canção de embalar**

	Frequência	Porcentagem
Ri	35	7.7
Acalma-se	227	50.2
Chora	2	0.4
Adormece	55	12.2
Fica atento/ admirado a olhar para a mãe	133	29.4

#### 4.3. Análise da consistência interna

As consistências internas das escalas que integram o questionário aplicado foram analisadas com base no coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*. Assim, o valor obtido para a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) foi .854, o que evidencia uma boa consistência; para a Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de *Warwick-Edinburgh* (WEMWBS) verificou-se uma consistência de .934 (excelente); para a Escala de Autoestima de *Rosenberg* (ROS) obteve-se um valor de .886, que demonstra uma consistência boa; por último, no Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento (PBQ), verificou-se também uma boa consistência, com um resultado de .818 (cf. Tabela 39).

A categorização dos valores do *Alfa* segue o publicado em Tavakol & Dennick (2011).

**Tabela 39. Consistência Interna EPDS, WEMWBS, ROS, PBQ**

	<i>Alpha de Cronbach</i>	Nº de Itens
--	--------------------------	-------------

EPDS	.854	10
WEMWBS	.934	14
ROS	.886	10
PBQ	.818	12

#### 4.4. Análise inferencial

##### 1. Existem diferenças relativamente ao nível de bem-estar, autoestima e sintomatologia depressiva da mãe, em função do facto de esta cantar ou não canções de embalar para o bebé? E no que se refere à relação mãe-bebé?

Da análise dos resultados obtidos (*cf.* Tabela 40), verifica-se que, mães que têm o hábito de cantar canções de embalar para o bebé obtêm valores mais elevados de autoestima, contudo estes não se demonstram estatisticamente significativos: *Escala de Autoestima de Rosenberg (ROS)* [ $t(469) = .980, p = .327$  (M=34.05; DP=5.27 vs. M=32.84; DP=5.09)].

No que se refere aos valores obtidos na *Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)*, os resultados não se revelam, mais uma vez, estatisticamente significativos, sendo que as mães que referiram não cantar para os seus bebés pontuaram, em termos médios, inferiormente nesta escala, o que evidencia menor sintomatologia depressiva. No entanto, nenhum dos grupos manifesta a presença de depressão, uma vez que ambas as médias são inferiores as 12 pontos [ $t(469) = .832, p = .406$  (M=7.73; DP=4.28 vs. M=6.89; DP=4.33)] (*cf.* Tabela 40).

Quanto ao nível de bem-estar das participantes, os resultados obtidos demonstram que as mães que referiram não cantar para o bebé apresentam valores superiores de bem-estar, contudo estes não são estatisticamente significativos: *Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)* [ $t(469) = -.325, p = .745$  (M=50.40; DP=8.62 vs. M=51.00; DP=8.79)] (*cf.* Tabela 40).

De acordo com os resultados obtidos (*cf.* Tabela 41), verifica-se que as mães que cantam para os bebés pontuam, em termos médios, inferiormente na escala, o que revela uma ligação mãe-bebé mais saudável (M=4.90; DP=4.38 vs. M=5.42; DP=6.72). No entanto os resultados não se demonstram estatisticamente significativos: *Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento (PBQ)* [ $U = 3987, p = .595$ ].

**Tabela 40. Hábito de cantar para o bebé e pontuação nas escalas ROS, EPDS e WEMWBS**

	Sim		Não		T	p
	M	DP	M	DP		
ROS	34.05	5.27	32.84	5.09	.980	.327
EPDS	7.73	4.28	6.89	4.33	.832	.406
WEMWBS	50.40	8.62	51.0	8.79	-.325	.745

\*\*  $p \leq .05$ ; \*\*\*  $p \leq .001$

Tabela 41. Hábito de cantar para o bebé e pontuação na escala PBQ

	Sim		Não		U	p
	M	DP	M	DP		
PBQ	4.90	4.38	5.42	6.72	3987.00	.595

<sup>\*</sup> p ≤ .05; <sup>\*\*\*</sup> p ≤ .001

## 2. Existem diferenças relativamente ao nível de bem-estar, autoestima e sintomatologia depressiva da mãe, em função da frequência com que esta canta para o bebé ao longo do dia? E no que se refere à relação estabelecida com o bebé?

Da análise dos resultados obtidos (cf. Tabela 42), verifica-se que as médias obtidas nas três categorias são bastante semelhantes, no entanto, conclui-se que as mães que cantam *frequentemente* para o bebé apresentam níveis de bem-estar ligeiramente superiores (M=50.52; DP=8.60 vs. M=50.09; DP=8.00 vs. M=50.79; DP=9.43). Contudo, estes resultados não se demonstram estatisticamente significativos, pelo que não se deve afirmar que a frequência com que mãe canta para o bebé está diretamente relacionada com o bem-estar da mesma: *Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)* [H(2) = 1.117, p = .572].

De igual forma, no que se refere à presença de sintomatologia depressiva nas mães, avaliada pela *Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)*, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em análise - *raramente, algumas vezes e frequentemente* [H(2) = 2.314, p = .314]. No entanto, as mães que referiram cantar *frequentemente* para o bebé obtiveram pontuações médias superiores nesta escala, que evidenciam uma ligação mãe-bebé menos saudável (M=6.44; DP=3.67 vs. M=7.76; DP=4.07 vs. M=7.88; DP=4.60) (cf. Tabela 42).

No que diz respeito aos níveis de autoestima das respondentes, tendo em conta a frequência com que cantam para o bebé ao longo do dia, verifica-se uma média ligeiramente superior para as mães que cantam *frequentemente* para o bebé (M=34.44; DP=4.126 vs M=33.65; DP=5.333 vs M=34.53; DP=5.320). No entanto, os resultados obtidos na *Escala de Autoestima de Rosenberg (ROS)* não se demonstram estatisticamente significativos [F(2,449) = 1.556, p = .212] (cf. Tabela 43).

Da análise dos resultados obtidos (cf. Tabela 42), verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, no que se refere à ligação estabelecida entre a mãe e o bebé, consoante a frequência com que esta habitualmente canta para o seu bebé, ao longo do dia: *Questionário de Ligação ao Bebé Após o Nascimento (PBQ)* [H(2) = 1.355, p = .508]; Contudo, é possível observar que as mães que referem cantar *frequentemente* para o bebé obtém uma pontuação ligeiramente superior, o que revela uma ligação mãe-bebé um pouco mais danificada (M=4.81; DP=3.50 vs. M=4.84; DP=3.64 vs. M=4.99; DP=5.32).

**Tabela 42. Frequência com que canta para o bebé ao longo do dia e pontuação nas escalas WEMWBS, EPDS e PBQ**

	Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		$\chi^2$	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
WEMWBS	50.52	8.60	50.09	8.00	50.79	9.43	1.117	.572
EPDS	6.44	3.67	7.75	4.07	7.88	4.60	2.314	.314
PBQ	4.81	3.50	4.84	3.64	4.99	5.32	1.355	.508

\*\* p ≤ .05; \*\*\* p ≤ .001

**Tabela 43. Frequência com que canta para o bebé ao longo do dia e pontuação na escala ROS**

		N	Média	DP	F	p
ROS	Raramente	27	34.44	4.126		
	Algumas vezes	243	33.65	5.333	1.556	.212
	Frequentemente	182	34.53	5.320		

\*\* p ≤ .05; \*\*\* p ≤ .001

### 3. Existem diferenças relativamente ao nível de bem-estar, autoestima e sintomatologia depressiva da mãe, em função do facto de esta ter cantado para o bebé durante a gravidez? E no respeito a relação mãe-bebé?

Da análise dos resultados obtidos (cf. Tabela 44), verifica-se que, mães que cantaram para o bebé durante a gravidez obtêm valores mais elevados de autoestima, contudo estes não se demonstram estatisticamente significativos: *Escala de Autoestima de Rosenberg (ROS)* [ $t(469) = .834, p = .405$  (M=34.15; DP=5.27 vs. M=33.72; DP=5.27)].

No que se refere ao valores obtidos na *Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)*, os resultados apresentados não se revelam, mais uma vez, estatisticamente significativos, sendo que as mães que referiram ter cantado para o bebé durante a gravidez, pontuaram, em termos médios, inferiormente nesta escala, o que demonstra menor presença de sintomas de depressão pós-parto [ $t(469) = -.812, p = .417$  (M=7.58; DP=4.36 vs. M=7.91; DP=4.11)] (cf. Tabela 44).

Quanto ao nível de bem-estar das participantes, os resultados obtidos evidenciam que as mães que referiram ter cantado para o bebé durante a gravidez, apresentam valores superiores de bem-estar, sendo estes estatisticamente significativos: *Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)* [ $t(469) = 2.415, p = .016$  (M=51.12; DP=8.66 vs. M=49.11; DP=8.41)] (cf. Tabela 44).

Da análise dos resultados obtidos (cf. Tabela 44), verifica-se que, mães que cantaram para o bebé na gravidez pontuaram inferiormente, no que se refere à ligação mãe-bebé danificada, demonstrando-se estes valores estatisticamente significativos: *Questionário de Ligação ao Bebé Após o Nascimento (PBQ)* [ $t(469) = -2.337, p = .020$  (M=4.57; DP=4.07 vs. M=5.58; DP=5.14)].

**Tabela 44. Hábito de cantar para o bebé durante a gravidez e pontuação nas escalas ROS, EPDS, WEMWBS e PBQ**

	Sim		Não		T	P
	M	DP	M	DP		
ROS	34.15	5.27	33.72	5.27	.834	.405
EPDS	7.58	4.36	7.91	4.11	-.812	.417
WEMWBS	51.12	8.66	49.11	8.41	2.415 <sup>**</sup>	.016
PBQ	4.57	4.07	5.58	5.14	-2.337 <sup>**</sup>	.020

<sup>\*\*</sup>  $p \leq .05$ ; <sup>\*\*\*</sup>  $p \leq .001$

#### 4. Verificam-se diferenças no que diz respeito ao nível de bem-estar, autoestima e sintomatologia depressiva da mãe, em função do facto desta ter colocado música para o bebé escutar, durante a gravidez? E no que se refere à relação estabelecida entre ambos?

Através da análise da Tabela 45, é possível verificar que o facto da mãe ter colocado música para o bebé durante a gravidez, tem resultados estatisticamente significativos no que se refere aos seus níveis de bem estar [*WEMWBS*:  $t(469) = 2.255$ ,  $p = .025$ ] e à ligação estabelecida com o bebé [*PBQ*:  $t(469) = -2.691$ ,  $p = .007$ ]. Assim verifica-se que as mães que afirmam ter colocado música para o bebé escutar, durante a gravidez, apresentam níveis de bem estar superiores ( $M=50.91$ ;  $DP=8.58$  vs  $M=48.79$ ;  $DP=8.59$ ) e pontuações inferiores no PBQ, que evidenciam uma relação mãe-bebé mais saudável ( $M=4.62$ ;  $DP=4.45$  vs  $M=5.94$ ;  $DP=4.50$ ).

No que diz respeito aos resultados obtidos na escala de autoestima (*ROS*) e de depressão pós-parto (*EPDS*), estes não se demonstram significativos de um ponto de vista estatístico, quando considerada a situação em questão [*ROS*:  $t(469) = .078$ ,  $p = .938$ ; *EPDS*:  $t(469) = -.359$ ,  $p = .720$ ]. No entanto, as mulheres que afirmam ter colocado música para o bebé escutar durante a gravidez, obtêm resultados inferiores na EPDS, o que demonstra níveis mais baixos de sintomatologia depressiva ( $M=7.66$ ;  $DP=4.32$  vs  $M=7.82$  vs  $DP=4.13$ ) (cf. Tabela 45).

**Tabela 45. Colocou música para o bebé escutar durante a gravidez e pontuação nas escalas ROS, EPDS, WEMWBS, PBQ**

	Sim		Não		t	p
	M	DP	M	DP		
ROS	33.99	5.36	34.04	4.95	-.078	.938
EPDS	7.66	4.32	7.82	4.13	-.359	.720
WEMWBS	50.91	8.58	48.79	8.59	2.255 <sup>**</sup>	.025
PBQ	4.62	4.45	5.94	4.50	-2.691 <sup>**</sup>	.007

<sup>\*\*</sup>  $p \leq .05$ ; <sup>\*\*\*</sup>  $p \leq .001$

#### 5. Existe alguma relação entre os resultados obtidos nas quatro escalas (EPDS, WEMWBS, ROS e PBQ)?

Da análise dos resultados obtidos (cf. Tabela 46), verifica-se que existe uma correlação negativa forte entre a *Escala de Depressão Pós-Parto*

de Edimburgo (*EPDS*) e a Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (*WEMWBS*), sendo esta estatisticamente significativa ( $r = -.749$ ,  $p = .000$ ). Isto significa que as duas variáveis se deslocam em direções opostas, ou seja, quando uma aumenta, a outra diminui e vice-versa. Assim, a resultados superiores na *EPDS* (indicadores de sintomatologia depressiva) equivalem resultados inferiores na *WEMWBS* (que evidenciam menor bem-estar) e vice-versa.

Do mesmo modo, entre a *EPDS* e *Escala de Autoestima de Rosenberg (ROS)* existe uma correlação negativa, contudo moderada, também ela significativa do ponto de vista estatístico ( $r = -.612$ ,  $p = .000$ ). Pelo que é possível inferir que, pessoas com sintomatologia depressiva mais forte, apresentam níveis de autoestima inferiores (cf. Tabela 46).

É ainda possível observar que, entre a *EPDS* e o *Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento (PBQ)* se observa uma correlação positiva moderada, estatisticamente significativa ( $r = .554$ ,  $p = .000$ ). Isto é, as duas variáveis deslocam-se na mesma direção, sendo que quando uma aumenta ou diminui a outra também tende a aumentar ou diminuir. Assim, resultados superiores na *EPDS*, indicadores da presença de sintomatologia depressiva na mulher, associam-se a uma relação mãe-bebê danificada (cf. Tabela 46).

No que se refere à relação existente entre a *WEMWBS* e a *ROS*, verifica-se uma correlação positiva moderada ( $r = .691$ ,  $p = .000$ ), estatisticamente significativa, o que nos permite concluir que as mães que relataram melhor bem-estar, apresentam níveis superiores de autoestima. Por sua vez, as que demonstraram níveis inferiores de bem-estar, revelam também níveis mais baixos de autoestima (cf. Tabela 46).

Entre a *WEMWBS* e o *PBQ* existe uma correlação negativa moderada ( $r = -.533$ ,  $p = .000$ ), significativa do ponto de vista estatístico. Assim, conclui-se que a níveis de bem-estar superiores equivalem relações mãe-bebê mais saudáveis (cf. Tabela 46).

Por último, é possível observar que a *ROS* e o *PBQ* apresentam uma correlação negativa fraca, o que nos leva a afirmar que as mães que têm uma autoestima mais baixa, estabelecem com o seu bebê uma ligação menos saudável, sendo esta também estatisticamente significativa ( $r = -.408$ ,  $p = .000$ ) (cf. Tabela 46).

**Tabela 46. Correlações entre as 4 escalas (*EPDS*, *WEMWBS*, *ROS*, *PBQ*)**

		EPDS	WEMWBS	ROS	PBQ
EPDS	Correlação de Pearson (r)	1	-.749 <sup>***</sup>	-.612 <sup>***</sup>	.554 <sup>***</sup>
	P		.000	.000	.000
	N	471	471	471	471
WEMWBS	Correlação de Pearson (r)	-.749 <sup>***</sup>	1	.691 <sup>***</sup>	-.533 <sup>***</sup>
	P	.000		.000	.000
	N	471	471	471	471
ROS	Correlação de Pearson (r)	-.612 <sup>***</sup>	.691 <sup>***</sup>	1	-.408 <sup>***</sup>
	P	.000	.000		.000
	N	471	471	471	471

PBQ	Correlação de Pearson (r)	.554 <sup>***</sup>	-.533 <sup>***</sup>	-.408 <sup>***</sup>	1
	P	.000	.000	.000	
	N	471	471	471	471

\*\* p ≤ .05; \*\*\* p ≤ .001

De salientar que foram realizadas análises estatísticas suplementares para estudar algumas relações entre variáveis que, embora não constituam o objeto principal do estudo, podem revelar-se interessantes (*cf.* Anexo VIII, Tabela 48 a 56).

## V - Síntese dos principais resultados

**Tabela 47. Síntese dos principais resultados**

Principais resultados
Caraterização sociodemográfica das participantes
<b>Amostra</b>
- 471 mães com bebés entre as 4 e as 40 semanas de idade
<b>Idade</b>
- Varia entre os 17 e os 47 anos (M=33.39)
<b>Nacionalidade</b>
- 463 mulheres (98.3%) são de nacionalidade portuguesa
- 7 mulheres (1.5%) são de nacionalidade brasileira
- 1 mulher (0.2%) é de nacionalidade belga
<b>Área de Residência</b>
- 176 mulheres (37.4%) vivem no Norte de Portugal
- 119 mulheres (25.3%) vivem no centro de Portugal
- 119 mulheres (25.3%) vivem em Lisboa e Vale do Tejo
- 12 mulheres (2.5%) vivem no Alentejo
- 11 mulheres (2.3%) vivem no Algarve
- 4 mulheres (0.8%) vivem nos Açores
- 8 mulheres (1.7%) vivem na Madeira
- 1 mulher (0.2%) vive na Alemanha
- 1 mulher (0.2%) vive na Bélgica
- 5 mulheres (1.1%) vivem no Brasil
- 1 mulher (0.2%) vive nos Estados Unidos da América
- 3 mulheres (0.6%) vivem na França
- 3 mulheres (0.6%) vivem na Inglaterra
- 2 mulheres (0.4%) vivem no Luxemburgo
- 2 mulheres (0.4%) vivem na Suécia
- 3 mulheres (0.6%) vivem na Suíça
- 1 mulher vive (0.2%) vive no Timor-Leste
<b>Habilitações literárias completas</b>
- 9 mulheres (1.9%) têm o 3º ciclo (9º ano)
- 75 mulheres (15.9%) têm o ensino secundário (12º ano)
- 387 mulheres (82.2%) completaram o ensino superior
<b>Estatuto profissional</b>
- 406 mulheres (86.2%) estão empregadas



- 52 mulheres (11.0%) estão desempregadas
- 13 mulheres (2.8%) são domésticas

#### **Estado civil**

- 27 mulheres (5.7%) são solteiras
- 273 mulheres (58.0%) são casadas
- 167 mulheres (35.5) estão em união de facto
- 4 mulheres (0.8%) são divorciadas

---

### **Informações relativas à experiência de maternidade**

---

#### **Gravidez planeada**

- 402 mulheres (85.4%) planearam a gravidez

#### **Tipo de gravidez**

- 348 mulheres (73.9%) tiveram uma gravidez normal
- 123 mulheres (26.1%) tiveram uma gravidez de risco

#### **Apoio familiar durante e após a gravidez**

- 439 mulheres (93.2%) tiveram apoio familiar durante a gravidez
- 433 mulheres (91.9%) tiveram apoio familiar após o bebé nascer

#### **Cantou ou colocou música para o bebé, durante a gravidez**

- 308 mulheres (65.4%) cantaram para o bebé
- 363 mulheres (77.1%) colocaram música para o bebé escutar

#### **Parto e complicações**

- 186 mulheres (39.5%) tiveram um parto eutócico
- 285 mulheres (60.5%) tiveram um parto distócico
- 73 mulheres (15.5%) tiveram complicações durante o parto
- 53 mulheres (11.3%) tiveram complicações no pós-parto

#### **Licença de maternidade**

- 244 mulheres (51.8%) encontram-se em licença de maternidade

#### **Número de filhos**

- 338 mulheres (71.8%) têm apenas um filho
- 117 mulheres (24.8%) têm dois filhos
- 13 mulheres (2.8%) têm três filhos
- 3 mulheres (0.6%) têm quatro filhos

#### **Experiência anterior de cuidado de bebés**

- 146 mulheres (31.0%) considera-se *nada experiente*
- 248 mulheres (52.7%) considera-se *um pouco experiente*
- 77 mulheres (16.3%) considera-se  *muito experiente*

---

### **Informações relativas ao bebé**

---

#### **Sexo do bebé**

- 228 bebés (48.4%) são do sexo feminino
- 243 bebés (51.6%) são do sexo masculino

#### **Idade do bebé**

- Varia entre as 4 e as 40 semanas (M=22.99)

#### **Nascimento (semanas de gestação)**

- 70 bebés (14.9%) nasceram "antes do tempo"
- 401 bebés (85.1%) nasceram entre as 38 e as 42 semanas

---

### **Informações relativas ao pai do bebé**

---

- 457 mulheres (97.9%) vivem com o pai do bebé
- 1 mulher (0.2%) refere que a relação com o pai do bebé é *muito má*; 337 mulheres (71.5%)

referem que a relação com o pai do bebé é *muito boa*

- 2 mulheres (0.4%) referem não sentir qualquer tipo de apoio por parte do pai do bebé; 387 mulheres (82.2%) sentem-se *frequentemente* apoiadas

#### Relação da mãe com o bebé

##### Horas/ dia que passam juntos

- 22 mulheres (4.7%) passam 0 a 5 horas por dia com o bebé; 292 mulheres (62.0%) passam 21 a 24 horas por dia com o bebé

##### Hábito de cantar canções de embalar ao bebé

- 19 mulheres (4.0%) não cantam para o bebé  
 - 452 mulheres (96.0%) cantam para o bebé: 27 mulheres (6.0%) cantam frequentemente, 243 mulheres (53.8%) cantam algumas vezes e 182 mulheres (40.3%) cantam raramente

##### Tipo de canções

- 312 mulheres (69.0%) cantam canções/melodias inventadas por si  
 - 308 mulheres (68.1%) cantam canções de embalar tradicionais  
 - 268 mulheres (59.3%) cantam melodias (canções sem letra)  
 - 172 mulheres (38.1%) cantam canções que o bebé ouviu durante a gravidez  
 - 155 mulheres (34.3%) cantam canções da atualidade  
 - 2 mulheres (0.4%) cantam canções infantis  
 - 4 mulheres (0.8%) cantam cânticos religiosos  
 - 1 mulher (0.2%) canta músicas alentejanas  
 - 1 mulher (0.2%) canta músicas tradicionais portuguesas

##### Circunstâncias em que canta

- 377 mulheres (83.4%) cantam acalmar/ relaxar o bebé  
 - 375 mulheres (83.0%) cantam para adormecer o bebé  
 - 251 mulheres (55.5%) cantam enquanto brincam com o bebé  
 - 126 mulheres (27.9%) cantam enquanto dão as refeições ao bebé  
 - 5 mulheres (1.1%) cantam enquanto dão banho ao bebé  
 - 3 mulheres (0.6%) cantam enquanto mudam a fralda ao bebé  
 - 1 mulher (0.2%) canta enquanto veste o bebé  
 - 1 mulher (0.2%) canta nas viagens de carro

##### Comportamento do bebé perante a canção de embalar

- 227 bebés (50.2%) acalmam-se  
 - 133 bebés (29.4%) ficam atentos/admirados a olhar para a mãe  
 - 35 bebés (7.7%) riem-se  
 - 55 bebés (12.2%) adormecem  
 - 2 bebés (0.4%) choram

#### Existem diferenças ao nível da autoestima, bem-estar, sintomatologia depressiva e ligação mãe-bebé em função da prática de cantar para o bebé? (cf. Tabelas 40 e 41)

- Mães que cantam para os bebés apresentam níveis de autoestima superiores ( $M=34.05$ ;  $DP=5.27$  vs  $M=32.84$ ;  $DP=5.09$ ); Contudo estes valores não são estatisticamente significativos [ $t(469) = .980, p = .327$ ]

- Mães que cantam para os bebés apresentam uma ligação mãe-bebé mais saudável ( $M=4.90$ ;  $DP=4.38$  vs  $M=5.42$ ;  $DP=6.72$ ); Contudo estes valores não são estatisticamente significativos [ $U = 3987, p = .595$ ]

#### Existem diferenças ao nível da autoestima, bem-estar, sintomatologia depressiva e ligação mãe-bebé em função da frequência com que a mãe canta ao longo do dia para o bebé? (cf. Tabelas 42 e 43)

- Mães que cantam *frequentemente* para o bebé apresentam níveis de bem estar superiores (M=50.52; DP=8.60 vs. M=50.09; DP=8.00 vs. M=50.79; DP=9.43); Contudo estes não são estatisticamente significativos [ $H(2) = 1.117, p = .572$ ]

- Mães que cantam *frequentemente* para o bebé apresentam níveis de autoestima superiores (M=34.44; DP=4.126 vs M=33.65; DP=5.333 vs M=34.53; DP=5.320); Contudo estes não são estatisticamente significativos [ $F(2,449) = 1.556, p = .212$ ]

---

**Existem diferenças ao nível da autoestima, bem-estar, sintomatologia depressiva e ligação mãe-bebé em função da mãe ter cantado para o bebé durante a gravidez? (cf.**

**Tabela 44)**

---

- Mães que cantaram para o bebé durante a gravidez apresentam níveis de bem-estar significativamente superiores [ $t(469) = 2.415, p = .016$  (M=51.12; DP=8.66 vs. M=49.11; DP=8.41)]<sup>\*\*</sup>

- Mães que cantaram para o bebé durante a gravidez apresentam níveis de autoestima superiores (M=34.15; DP=5.27 vs. M=33.72; DP=5.27); Contudo estes não são estatisticamente significativos [ $t(469) = .834, p = .405$ ]

- Mães que cantaram para o bebé durante a gravidez apresentam níveis de sintomatologia depressiva inferiores (M=7.58; DP=4.36 vs. M=7.91; DP=4.11); Contudo estes não são estatisticamente significativos [ $t(469) = -.812, p = .417$ ]

- Mães que cantaram para o bebé durante a gravidez demonstram uma ligação mãe-bebé significativamente mais saudável [ $t(469) = -2.337, p = .020$ ; (M=4.57; DP=4.07 vs. M=5.58; DP=5.14)]<sup>\*\*</sup>

---

**Existem diferenças ao nível da autoestima, bem-estar, sintomatologia depressiva e ligação mãe-bebé em função da mãe ter colocado música para o bebé escutar durante a gravidez? (cf. Tabela 45)**

---

- Mães que colocaram música ao bebé durante a gravidez apresentam níveis de bem-estar significativamente superiores [ $t(469) = 2.255, p = .025$ ; (M=50.91; DP=8.58 vs M=48.79; DP=8.59)]<sup>\*\*</sup>

- Mães que colocaram música ao bebé durante a gravidez apresentam níveis de sintomatologia depressiva inferiores (M=7.66; DP= 4.32 vs M=7.82 vs DP=4.13); Contudo estes não são estatisticamente significativos [ $t(469) = -.359, p = .720$ ].

- Mães que colocaram música ao bebé durante a gravidez demonstram uma ligação mãe-bebé significativamente mais saudável [ $t(469) = -2.691, p = .007$ ; (M=4.62; DP=4.45 vs M=5.94; DP=4.50)]<sup>\*\*</sup>

---

**Existem diferenças ao nível da autoestima, bem-estar, sintomatologia depressiva e ligação mãe-bebé em função da gravidez ter sido planeada? (cf. Anexo VIII, Tabela 48)**

---

- Mães que planearam a gravidez apresentam níveis de bem-estar superiores (M=50.73; DP=8.607 vs M=48.64; DP=8.554); Contudo estes não são estatisticamente significativos [ $t(469) = 1.866, p = .063$ ]

- Mães que planearam a gravidez apresentam níveis de sintomatologia depressiva inferiores (M=7.57; DP= 4.19 vs M=8.43 vs DP=4.73); Contudo estes não são estatisticamente significativos [ $t(469) = -1.560, p = .119$ ]

- Mães que planearam a gravidez apresentam níveis de autoestima superiores (M=34.19; DP=5.20 vs M=32.91; DP=5.54); Contudo estes não são estatisticamente significativos [ $t(469) = 1.865, p = .063$ ]

---

**Existem diferenças ao nível da ligação mãe-bebé em função do tipo de parto? (cf. Anexo VIII, Tabela 49)**

---

- Mães que tiveram o bebé através de parto normal demonstram uma ligação mãe-bebé mais

---

saudável (M=4.56; DP=3.60 vs M=5.15; DP=4.98); Contudo estes não são estatisticamente significativos [t(469) = -1.395,  $p = .164$ ]

---

**Existem diferenças ao nível da autoestima, bem-estar, sintomatologia depressiva e ligação mãe-bebé em função de ser o primeiro filho? (cf. Anexo VIII, Tabela 50)**

---

- Mães que têm apenas um filho apresentam níveis de bem-estar superiores (M=50.53; DP=8.70 vs M=50.15; DP=8.42); Contudo estes não são estatisticamente significativos [t(469) = .429,  $p = .668$ ]

- Mães que têm apenas um filho apresentam níveis de sintomatologia depressiva inferiores (M=7.49; DP= 4.20 vs M=8.23 vs DP=4.43); Contudo estes não são estatisticamente significativos [t(469) = -1.695,  $p = .091$ ]

- Mães que têm apenas um filho apresentam níveis de autoestima superiores (M=34.26; DP=5.32 vs M=33.34; DP=5.08); Contudo estes não são estatisticamente significativos [t(469) = 1.720,  $p = .086$ ]

- Mães que têm apenas um filho demonstram uma ligação mãe-bebé mais saudável (M=4.82; DP=4.42 vs M=5.19; DP=4.67); Contudo estes não são estatisticamente significativos [t(469) = -.808,  $p = .420$ ]

---

**Existem diferenças ao nível da autoestima, bem-estar, sintomatologia depressiva e ligação mãe-bebé em função da experiência anterior da mãe no cuidado de bebés? (cf. Anexo VIII, Tabelas 51 e 52)**

---

- Mães que referem ser *nada experientes* apresentam níveis de sintomatologia depressiva superiores (M=8.27; DP=4.27 vs M=7.35; DP=4.13 vs M=7.70; DP=4.67); Contudo estes não são estatisticamente significativos [F(2,468) = 2.153,  $p = .117$ ]

- Mães que referem ser  *muito experientes* apresentam níveis de bem-estar significativamente superiores [F(2,468) = 5.324,  $p = .005$ ; (M=48.53; DP=8.77 vs M=51.15; DP=8.31 vs M=51.69; DP=8.87)]<sup>\*\*</sup>

- Mães que referem ser  *muito experientes* apresentam níveis de autoestima superiores (M=33.39; DP=5.51 vs M=34.44; DP=5.10 vs M=33.37; DP=5.26); Contudo estes não são estatisticamente significativos [F(2,468) = 1.910,  $p = .149$ ]

- Mães que referem ser *nada experientes* demonstram uma ligação ao bebé mais danificada (M=5.16; DP=4.91 vs M=4.86; DP=3.95 vs M=4.66; DP=5.26); Contudo estes não são estatisticamente significativos [H(2) = 4.050,  $p = .132$ ]

---

**Existem diferenças ao nível da autoestima, bem-estar, sintomatologia depressiva e ligação mãe-bebé em função do apoio prestado pelo pai do bebé? (cf. Anexo VIII, Tabela 53)**

---

- Mães que se sentem *frequentemente* apoiadas pelo pai do bebé apresentam níveis de sintomatologia depressiva significativamente inferiores [H(3) = 23.173,  $p = .000$ ; (M=10.50; DP=6.36 vs. M=10.11; DP=4.37 vs M=9.58; DP=4.33 vs M=7.27; DP=4.15)]<sup>\*\*</sup>

---

**Existem diferenças ao nível da autoestima, bem-estar, sintomatologia depressiva e ligação mãe-bebé em função do apoio prestado pela família? (cf. Anexo VIII, Tabela 54)**

---

- Mães que contam com o apoio da família apresentam níveis de bem-estar significativamente superiores [t(469) = 2.708,  $p = .007$ ; (M=50.74; DP=8.50 vs M=46.82; DP=9.19)]<sup>\*\*</sup>

- Mães que contam com o apoio da família apresentam níveis de autoestima significativamente superiores [t(469) = 3.050,  $p = .002$ ; (M=34.22; DP=5.20 vs M=31.53; DP=5.45)]<sup>\*\*</sup>

- Mães que contam com o apoio da família apresentam níveis de sintomatologia depressiva inferiores (M=7.53; DP= 4.05 vs M=9.55 vs DP=6.07); Contudo estes não são estatisticamente significativos [t(39.946) = -2.015,  $p = .051$ ]

- Mães que contam com o apoio da família demonstram uma ligação mãe-bebé

---

significativamente mais saudável [ $t(469) = -2.616, p = .009; (M=4.76; DP=4.37$  vs  $M=6.74; DP=5.42)$ ]<sup>\*\*</sup>

---

**Existem diferenças ao nível da ligação mãe-bebé em função da mãe estar em licença de maternidade? (cf. Anexo VIII, Tabela 55)**

---

-As mães que se encontram em licença de maternidade apresentam níveis superiores de ligação mãe-bebé danificada ( $M=5.19; DP=4.92$  vs.  $M=4.63; DP=3.96$ ); Contudo estes não são estatisticamente significativos [ $t(469) = 1.340, p = .181$ ]

---

**Existem diferenças ao nível da ligação mãe-bebé em função do número de horas que ambos passam juntos por dia? (cf. Anexo VIII, Tabela 56)**

---

-As mães que passam menos tempo com o seu bebé apresentam níveis superiores de ligação mãe-bebé danificada ( $M=5.41; DP=3.16$  vs.  $M=3.65; DP=2.48$  vs  $M=4.94; DP=4.31$  vs  $M=4.42; DP=2.94$  vs  $M=5.15; DP=5.01$ ); Contudo estes não são estatisticamente significativos [ $H(4) = 4.562, p = .335$ ]

---

**Existem correlações entre as pontuações obtidas nas quatro escalas (ROS, WEMWBS, EPDS e PBQ)? (cf. Tabela 46)**

---

- Correlação negativa forte significativa entre a EPDS e a WEMWBS ( $r = -.749, p = .000$ )<sup>\*\*\*</sup>
- Correlação negativa moderada significativa entre a EPDS e a ROS ( $r = -.612, p = .000$ )<sup>\*\*\*</sup>
- Correlação positiva moderada significativa entre a EPDS e o PBQ ( $r = .554, p = .000$ )<sup>\*\*\*</sup>
- Correlação positiva moderada significativa entre a WEMWBS e a ROS ( $r = .691, p = .000$ )<sup>\*\*\*</sup>
- Correlação negativa moderada significativa entre a WEMWBS e o PBQ ( $r = -.533, p = .000$ )<sup>\*\*\*</sup>
- Correlação negativa fraca significativa entre a ROS e o PBQ ( $r = -.408, p = .000$ )<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*\*</sup>  $p \leq .05$ ; <sup>\*\*\*</sup>  $p \leq .001$

---

## VI - Discussão

O presente estudo teve como objetivo central analisar a existência de consequências positivas, essencialmente na mãe, das canções de embalar. Para tal, em primeiro lugar analisou-se o estado civil das respondentes, bem como as respetivas habilitações literárias e estatuto profissional. Assim, observou-se na nossa amostra, uma maior incidência do estado civil *casada*, do grau académico *ensino superior*, sendo que a maioria das mães revelou estar *empregada* (cf. Tabela 16).

No entanto, de uma forma geral, não se observaram diferenças significativas, de um ponto de vista estatístico, no que se refere aos benefícios das canções de embalar para a mãe e para a díade. Assim, os níveis de bem-estar e autoestima das mães que referiram ter por hábito cantar canções de embalar para os seus bebés, bem como a sua sintomatologia depressiva no pós-parto e a ligação estabelecida com o bebé não se mostraram influenciados por esta prática (cf. Tabelas 40 e 41). Ainda assim, procurou-se saber se a frequência com que a mãe canta ao longo do dia para o bebé poderia influenciar os quatro parâmetros acima referidos. No entanto, mais uma vez, estes resultados não se demonstraram estatisticamente significativos, pelo que, o facto das mães cantarem *raramente, algumas vezes* ou *frequentemente* ao longo do dia para o bebé não é determinante dos seus níveis de bem-estar, autoestima e sintomatologia depressiva. De igual modo, a ligação com o bebé também não se encontra influenciada por este fator. (cf. Tabelas 42 e 43).

Contudo, embora os nossos resultados não se tenham revelado significativos, vários são os estudos, realizados noutros países, que demonstram efeitos positivos na mãe e a na sua relação com o bebé, resultantes do facto desta cantar para o filho. Por exemplo, um programa de canto de 5 semanas, direccionado a mães com depressão pós-parto, demonstrou fortalecer a ligação mãe-bebé, bem como a auto-eficácia materna (Puyvelde et al, 2014). Também um estudo qualitativo, que visou explorar os efeitos do envolvimento da mãe num programa de 6 semanas de canções de embalar, demonstrou que, após a participação, estas revelaram aumentos na sensibilidade materna, maior autoconfiança nas suas capacidades de cuidadoras, tornando-se mais calmas (Baker & Mackinlay, 2006). Outro estudo, que envolveu sessões de canto entre a mãe e o bebé, encontrou resultados na ansiedade materna, reduzindo-a (Arnon et al., 2014). Por último, um estudo de Fancourt & Perkins (2017), que serviu de base para a nossa pesquisa, no que se refere às variáveis e às escalas a utilizar, demonstrou que o facto da mãe cantar diariamente para o bebé, está associado a uma menor sintomatologia depressiva no pós-parto e a níveis mais altos de autoestima e ligação entre a díade.

Neste seguimento, consideramos que os resultados obtidos no nosso estudo podem estar subjugados a outras variáveis que não só a prática de cantar canções de embalar para o bebé nos seus primeiros meses de vida. Assim, realizámos uma análise estatística exaustiva, com o objetivo de perceber quais os fatores que podem estar associados a níveis de bem-estar e autoestima materna superiores, bem como a uma menor incidência de sintomas depressivos no pós-parto e a uma vinculação ao bebé "mais saudável".

Começámos por perceber se o facto da mãe ter cantado ou colocado música para o bebé durante a gravidez pode influenciar o seu estado emocional após o bebé nascer, bem como a sua ligação com o mesmo. Assim, pudemos concluir que as mães que cantaram e colocaram música para o bebé durante a gravidez apresentam, no pós-parto, níveis de bem-estar superiores, bem como uma ligação com filho significativamente mais saudável (*cf.* Tabela 44 e 45). Estes resultados vão de encontro às pesquisas de Persico et al. (2016) que, envolvendo mães entre as 24 semanas de gestação e os 3 meses após o parto num programa de canções de embalar, concluíram que estas no pós-parto revelam níveis de *stress* significativamente inferiores, bem como um vínculo materno-infantil melhorado.

Num segundo momento procurámos saber se a experiência anterior no cuidado de bebés poderia afetar os níveis de bem-estar da mãe no pós-parto. Assim, concluímos que as mães que referiram ser já *muito experientes* no cuidado de bebés alcançaram níveis de bem-estar superiores (*cf.* Anexo VIII, Tabela 51). Neste contexto, Silva et al. (2010) referem que embora o nascimento de um filho seja um momento de realização e felicidade para as mães, essencialmente para as primíparas, existe uma sensação de insegurança relativamente aos cuidados com o bebé, associada à capacidade para conseguir demonstrar atitudes que expressem a sua competência para

tal. Assim, a maternidade implica, para a mulher, uma redefinição de papéis e a necessidade de adaptações e mudanças pessoais que, muitas vezes, se revelam um obstáculo, dada a escassa experiência da mãe. Deste modo, este revela-se um resultado logicamente esperado, uma vez que se torna claro que mulheres que já tenham experiência anterior no cuidado de bebês, no momento da maternidade consigam adaptar-se melhor às mudanças que ocorrem nesta fase e assim responder às mesmas de uma forma mais competente. Consequentemente, perante esta facilidade na capacidade de resposta às necessidades do bebê, a mãe sente-se mais capaz no seu papel de cuidadora e mais autoconfiante, o que resulta em níveis de bem-estar aumentados.

Por último, revelou-se pertinente analisar se o suporte familiar prestado à mãe nos primeiros meses após o nascimento do bebê, poderia relacionar-se com os seus níveis de bem-estar e autoestima, bem como com a sintomatologia depressiva presente e com a ligação estabelecida entre a mãe e o bebê.

Deste modo, observou-se que as mães que se sentem *frequentemente* apoiadas pelo pai do bebê evidenciam uma sintomatologia depressiva significativamente inferior (*cf.* Anexo VIII, Tabela 53). A literatura existente acerca do assunto, corrobora este resultado. Silva & Piccinini (2009) afirmam que o envolvimento do pai nos cuidados do bebê e o seu auxílio à mãe nas tarefas quotidianas é crucial para proteger a saúde emocional da mulher, uma vez que permite a redução da sobrecarga própria da maternidade, principalmente no que diz respeito aos primeiros meses de vida do bebê. Neste seguimento, O'Hara (1987) acrescenta que mulheres que carecem de um cônjuge confiante e disposto a ajudar nas tarefas familiares e nos cuidados com o bebê, são particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de depressão pós-parto. Assim, idealmente, espera-se que o pai ofereça segurança à mãe, necessária para a construção de uma ligação com o bebê saudável. Deste modo, o apoio conjugal influencia indiretamente o bem-estar psicológico da mãe e o comportamento desta enquanto tal (Rapoport & Piccinini, 2006).

No que diz respeito ao apoio prestado pela família, as mães que referiram poder contar com apoio familiar revelaram níveis de autoestima e bem estar significativamente superiores, bem como uma ligação ao bebê mais saudável (*cf.* Anexo VIII, Tabela 54). De acordo com Rapoport & Piccinini (2006), o apoio familiar é crucial uma vez que se traduz numa forma de ajuda não só informacional, como afetiva e prática. Este revela-se essencial principalmente no contexto de nascimento de um bebê, uma vez que se trata de um período de mudança que necessita de adaptações às novas circunstâncias, sendo que a contribuição da família se mostra muito útil. Assim, o apoio da família torna-se particularmente importante em períodos potencialmente *stressantes*, como quando a mãe necessita de realizar tarefas domésticas ou quando retoma ao trabalho. Consequentemente, a mãe necessita de apoio familiar, sendo que na maioria das vezes recorre ao auxílio dos próprios pais, de forma a conseguir realizar e conciliar as suas funções sem que se sinta sobrecarregada, não prejudicando a sua saúde nem

os cuidados do bebé. Ademais, a relação da mulher com a sua figura materna de identificação pode ser tida como um fator relevante, sendo que pode influenciar a qualidade da experiência emocional vivida no pós-parto (Frizzo & Piccinini, 2005). Para além disso, mães com uma rede de apoio familiar maior, revelam-se mais sensíveis na sua interação com o bebé, uma vez que vêm as suas necessidades emocionais atendidas, tornando-se mais capazes para atender às necessidades do filho. Assim, a adequação do apoio familiar revelou-se claramente associada à segurança do apego entre mãe e bebé Rapoport & Piccinini (2006).

Ainda no que se refere ao apoio prestado pelo pai e pela família da mãe nos meses que se seguem ao parto, Cox et al. (1989) referiram que as avós maternas e os maridos por norma são as principais fontes de apoio da mulher, sendo que o apoio do marido parece ser o que tem mais impacto no bem estar da mãe, devido à frequência e à intensidade da relação conjugal Simons & Johnson (1996).

### **Limitações**

É importante salientar que a leitura e interpretação dos resultados deve ter em conta as limitações presentes na investigação.

Primeiramente deve referir-se o desenho transversal do estudo, que impossibilita conclusões respeitantes às relações de causalidade entre as variáveis consideradas, dada a possibilidade de bidirecionalidade dessas relações. Assim, considera-se relevante a realização de futuros estudos, de desenho longitudinal, com o objetivo de examinar a direcionalidade das associações entre as variáveis analisadas.

Em segundo lugar considera-se o facto da amostra do estudo ser unicamente constituída por mães, sendo que na sua maioria estas têm formação superior. Assim, esta revela-se uma limitação que dificulta a generalização dos resultados alcançados a todas as mães. Neste seguimento, em estudos posteriores, sugere-se a inclusão de mães com níveis de escolaridade diferentes e até pais. No entanto, considera-se que este viés de amostragem seja consequência do tipo de recolha de dados utilizado, o questionário *online*, que devido a um efeito de autoseleção poderá ter enviesado os resultados.

Um outro ponto a considerar é o facto de apenas terem sido utilizados instrumentos de autorrelato, sem medição objetiva paralela. Deste modo, o resultados encontram-se dependentes da perceção das respondentes.

Deve salientar-se que apenas se consideraram mães com bebés entre as 4 e as 40 semanas de idade. Assim, não sabemos se existiram algumas associações entre as variáveis em estudo, caso tivessem sido considerados períodos diferentes do estabelecido e até se as relações encontradas neste estudo, permanecerão após as 40 semanas.

Por último é importante ter em conta a elevada discrepância observada entre as mães que referem cantar para o bebé (N=452) e aquelas que dizem não o fazer (N=19). Uma vez que esta é uma variável frequentemente utilizada para tirar conclusões do estudo, com vista à obtenção de possíveis relações com outras variáveis, em estudos próximos recomenda-se que sejam



considerados grupos com proporções semelhantes, de forma à obtenção de resultados menos enviesados.

### **Conclusões e implicações clínicas**

A depressão pós-parto materna tem sido frequentemente identificada no decorrer do primeiro ano do bebé, sendo considerada umas das complicações mais frequentes neste período. Esta compreende sintomas vegetativos, cognitivos e psicomotores, bem como alterações de humor, sendo que se revela um obstáculo para as relações familiares, mais concretamente, para a relação mãe-bebé e para o próprio desenvolvimento infantil (Gabriel et al., 2015). Assim, surge como consequência de uma inadequada adaptação psicológica, social e cultural da mulher face à maternidade e resulta da interação entre fatores orgânicos/ hormonais e psicossociais (Silva et al., 2010). A literatura é congruente quando refere que mães com sintomatologia depressiva evidenciam, logicamente, níveis inferiores de bem-estar e autoestima, assim como uma ligação com o bebé danificada (Fancourt & Perkins, 2017).

No decorrer da última década, vários estudos encontraram associações entre cantar e melhorias na saúde mental e qualidade de vida de diferentes populações. Ademais, nas diferentes culturas do mundo, as mães têm o hábito de cantar para o seu bebé. Assim, através das canções de embalar, as mães procuram transmitir ao bebé a tradição cultural e, simultaneamente, expressar os seus próprios sentimentos (Fancourt & Perkins, 2017). Neste contexto, a pertinência do presente estudo consistiu em perceber se as canções de embalar, cantadas pela mãe ao bebé, realmente poderiam ter um impacto positivo na saúde mental da progenitora, mais especificamente, no seu bem-estar, autoestima e na redução da presença de sintomatologia depressiva, bem como na relação estabelecida com o bebé.

No entanto, embora não se tenham obtido resultados estatisticamente significativos no que diz respeito ao objetivo principal deste estudo, acima referido, encontraram-se resultados noutras variáveis estudadas, que demonstraram influenciar a saúde mental da mãe, bem como a sua ligação ao bebé. Neste sentido, podemos inferir que, apesar de vários estudos na literatura referirem o bem-estar psicológico da mãe, resultante do facto desta cantar canções de embalar ao bebé (Fancourt & Perkins, 2017; Carolan et al., 2012), o nosso estudo demonstrou que outras variáveis influenciam este resultado, levando-nos a considerar que o período pré-natal, ou seja, a gestação, é determinante neste sentido, bem como o suporte familiar da mãe após o nascimento do filho e a sua experiência anterior no cuidado de bebés.

Primeiramente observou-se que o facto da mãe ter cantado ou colocado música para o bebé durante a gravidez teve um impacto positivo no seu bem-estar após o parto e no vínculo estabelecido com o filho. Assim, pensamos ser vantajosa a participação da mãe em *workshops* ou programas como o *The Limerick Lullaby project* (Carolan et al., 2012) que procuram integrar a grávida no mundo das canções de embalar, ensinando-lhe músicas e incentivando-a a cantar para o bebé. Esta revela-se uma intervenção não invasiva nem farmacológica, sendo por isso facilmente aceite na gravidez.

Ademais, as mulheres que participaram neste tipo de programas demonstraram-se bastante satisfeitas, recomendando a sua participação a outras grávidas. No entanto, admitimos que por vezes é necessário um tratamento farmacológico, quando considerados níveis mais graves de *stress* e ansiedade maternos. Mesmo assim, a participação num programa de canções de embalar pode ser incorporada num plano de tratamento para estas mães (Carolan et al., 2012). Neste sentido, é importante identificar intervenções psicossociais e práticas parentais positivas que possam beneficiar a saúde mental das mães e, conseqüentemente, favorecer a sua ligação saudável com o bebé.

Verificou-se ainda que o apoio da família e do pai do bebé, após este nascer, tem um impacto significativo no bem-estar e autoestima da mãe, assim relacionam-se também como uma menor sintomatologia depressiva e com uma ligação entre a mãe e o bebé aumentada. Neste prisma, julgamos ser importante a sensibilização dos familiares mais próximos da progenitora, essencialmente do pai do bebé, para a prestação de apoio à mãe e para a problemática da depressão pós-parto, uma vez que frequentemente associam os seus sinais e sintomas ao *stress* fisiológico e às dificuldades de adaptação próprios da maternidade, desvalorizando-a (Silva et al., 2010). Para além disso pensamos ser pertinente a implementação de medidas formais e informais de apoio à família, com o objetivo de minimizar as experiências de tensão na conciliação de papéis, bem como de formação e sensibilização coletiva, com vista à divisão dos mesmos, dentro e fora da família, que contribuam para uma menor sobrecarga materna (Meleis, 2010).

Por último, o nosso estudo demonstrou que as mães que já tinham *muita experiência* no cuidado de bebés, anterior à gravidez, após o seu bebé nascer, demonstram níveis de bem-estar superiores. Estes valores resultam das inseguranças relativamente à prestação de cuidados ao bebé, presentes nos primeiros meses após o nascimento e da sensação de incompetência que estas mães percecionam (Silva et al., 2010). Deste modo, julgamos ser importante a presença das mães em cursos de preparação para o nascimento e parentalidade, onde sejam fornecidas informações acerca do cuidado de bebés nos primeiros meses após o parto, para que estas se sintam mais capazes e auto-confiantes, enquanto cuidadoras.

Assim, este estudo pretende ser apenas uma primeira base para uma compreensão mais alargada e aprofundada desta problemática, em contexto nacional, podendo ser utilizado em futuras investigações de escala alargada. Neste seguimento, consideramos relevante a continuação da sua pesquisa dado o seu impacto no entendimento do desenvolvimento humano.

## Bibliografia

- Aragão, R. S. (2009). A capacidade de aprendizagem ao longo da vida e o bem-estar dos adultos em processo de RVCC de nível secundário. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Areias, M. E. G., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *The British Journal of Psychiatry*, 169(1), 36-41
- Arnon, S., Diamant, C., Bauer, S., Regev, R., Sirota, G., & Litmanovitz, I. (2014). Maternal singing during kangaroo care led to autonomic stability in preterm infants and reduced maternal anxiety. *Acta Paediatrica*, 103(10), 1039-1044
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135-141
- Bacher, L. F., & Robertson, S. S. (2001). Stability of coupled fluctuations in movement and visual attention in infants. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 39(2), 99-106.
- Baker, F., & Mackinlay, E. (2006). Sing, soothe and sleep: A lullaby education programme for first-time mothers. *British journal of music education*, 23(2), 147-160.
- Bellieni, C. V., Ceccarelli, D., Rossi, F., Buonocore, G., Maffei, M., Perrone, S., & Petraglia, F. (2007). Is prenatal bonding enhanced by prenatal education courses?. *Minerva ginecologica*, 59(2), 125-129.
- Ben-Aryeh, H., Roll, R., Kahana, L., Malberger, E., Szargel, R., & Gutman, D. (1985). Saliva as an indicator of stress. *International journal of psychosomatics*.
- Bernardi, L., Porta, C., Casucci, G., Balsamo, R., Bernardi, N. F., Fogari, R., & Sleight, P. (2009). Dynamic interactions between musical, cardiovascular, and cerebral rhythms in humans. *Circulation*, 119(25), 3171-3180
- Blumenfeld, H., & Eisenfeld, L. (2006). Does a mother singing to her premature baby affect feeding in the neonatal intensive care unit?. *Clinical Pediatrics*, 45(1), 65-70.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2004). Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. *Estud. psicol.(Campinas)*, 21(3), 211-226.
- Bonito, R., (1957), *Cancioneiro de Resende, Douro Litoral*, Edição da Junta de Província do Douro Litoral
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. Nueva York: Basic Books
- Bradt, J., & Dileo, C. (2009). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(1).
- Brazelton, T.B., (1992) *Tornar-se família: o crescimento da*

vinculação antes e depois do nascimento. Lisboa: Terra Mar.

Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., ... Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Health*, 3, 133-140. doi:10.1007/s00737-006-0132-1

Byrne, J. M., & Miller, C. L. (1988). Developmental course of early cardiac-somatic integration. *Infant Behavior and Development*, 11(1), 43-53.

Byrne, J. M., & Smith-Martel, D. J. (1987). Cardiac-somatic integration: An index of visual attention. *Infant Behavior and Development*, 10(4), 493-500.

Carolan, M., Barry, M., Gamble, M., Turner, K., & Mascareñas, Ó. (2012). The Limerick Lullaby project: an intervention to relieve prenatal stress. *Midwifery*, 28(2), 173-180.

Cassidy, J. W., & Standley, J. M. (1995). The effect of music listening on physiological responses of premature infants in the NICU. *Journal of music therapy*, 32(4), 208-227.

Cevasco, A. M. (2008). The effects of mothers' singing on full-term and preterm infants and maternal emotional responses. *Journal of Music Therapy*, 45(3), 273-306.

Chang, M. Y., Chen, C. H., & Huang, K. F. (2008). Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *Journal of clinical nursing*, 17(19), 2580-2587.

Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, 75(2), 317-333.

Cooper, R. P., & Aslin, R. N. (1990). Preference for infant-directed speech in the first month after birth. *Child development*, 61(5), 1584-1595.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786

Cox, M. J., Owen, M. T., Lewis, J. M., & Henderson, V. K. (1989). Marriage, adult adjustment, and early parenting. *Child development*, 1015-1024.

de Castro, M. I. R. (2003). Cantar aos bebés: das práticas de cantar durante a prestação de cuidados e dos efeitos de uma canção de embalar no sono dos bebés

DeCasper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208(4448), 1174-1176.

DeCasper, A. J., & Spence, M. J. (1986). Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds. *Infant behavior and Development*, 9(2), 133-150.

Deliège, I., & Sloboda, J. A. (Eds.). (1996). *Musical beginnings: Origins and development of musical competence*. Oxford: Oxford University Press

Eibl-Eibesfeldt, I. (1989). *Foundations of human behavior. Human ethology*. Hawthorne, NY, US: Aldine de Gruyter.

Fancourt, D., & Perkins, R. (2017). Associations between singing to

babies and symptoms of postnatal depression, wellbeing, self-esteem and mother-infant bond. *Public health*, 145, 149-152.

Feldman, R., Greenbaum, C. W., & Yirmiya, N. (1999). Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental psychology*, 35(1), 223.

Fernald, A. (1985). Four-month-old infants prefer to listen to motherese. *Infant behavior and development*, 8(2), 181-195.

Fernald, A. (1989). Intonation and communicative intent in mothers' speech to infants: Is the melody the message?. *Child development*, 1497-1510.

Field, T., Grizzle, N., Scafidi, F., Abrams, S., Richardson, S., Kuhn, C., & Schanberg, S. (1996). Massage therapy for infants of depressed mothers. *Infant behavior and development*, 19(1), 107-112.

Figueiredo, B. (2005). Depressão na gravidez: Quais as consequências para a mãe e o bebê?. In I., Leal (Coord.). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

Figueiredo, B., Pacheco, A. P., Costa, R. A., & Magarinho, R. (2006). *Qualidade das relações significativas da mulher*

Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of women's mental health*, 10(3), 103-109

Fox, K.R. (1998). Advances in the measurement of the physical self. In J.L.Duda (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 295-310). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.

Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em estudo*. Maringá. Vol. 10, n. 1 (jan./abr. 2005), p. 47-55.

Gabriel, M. R., da Rosa Silva, M., Portugal, P., & Piccinini, C. A. (2015). Depressão pós-parto materna e o envolvimento paterno no primeiro ano do bebê. *Aletheia*, (46)

Graça, F.L., (1991) *A canção popular portuguesa*, Lisboa, Editorial Caminho, 4.<sup>a</sup> edição

Gunnar, M. R., Larson, M. C., Hertsgaard, L., Harris, M. L., & Brodersen, L. (1992). The stressfulness of separation among nine-month-old infants: Effects of social context variables and infant temperament. *Child development*, 63(2), 290-303.

Gunnar, M., Marvinney, D., Isensee, J., & Fisch, R. O. (1989). Coping with uncertainty: New models of the relations between hormonal, behavioral, and cognitive processes

Hargreaves, D. J. (1998). *Música y desarrollo psicológico* (Vol. 126). Graó.

Hormigos-Ruiz, J. (2010). Music distribution in the consumer society: the creation of cultural identities through sound. *Revista Comunicar*, 17(34), 91-98.

Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista pediatria moderna*, 41(4), 1-6.

James, D. K., Spencer, C. J., & Stepsis, B. W. (2002). Fetal learning: a

prospective randomized controlled study. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, 20(5), 431-438.

Jurgens, M. A., Levy-Rueff, M., Goffinet, F., Golse, B., & Beauquier-Macotta, B. (2010). Étude des propriétés psychométriques d'une échelle d'attachement prénatal. Version française de la Prenatal Attachment Inventory (PAI, Müller, 1993). *L'Encéphale*, 36(3), 219-225.

Kemp, A. E. (1993). Music Education and Psychodynamic Theory—the manifestation of separation and loss in music. *Bulletin*, 18

Koelsch, S. (2010). Towards a neural basis of music-evoked emotions. *Trends in cognitive sciences*, 14(3), 131-137

Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental psychology*, 25(3), 343.

Kreutz, G., Ott, U., Teichmann, D., Osawa, P., & Vaitl, D. (2008). Using music to induce emotions: Influences of musical preference and absorption. *Psychology of music*, 36(1), 101-126

Kurihara, H., Chiba, H., Shimizu, Y., Yanaihara, T., Takeda, M., Kawakami, K., & Takai-Kawakami, K. (1996). Behavioral and adrenocortical responses to stress in neonates and the stabilizing effects of maternal heartbeat on them. *Early human development*, 46(1-2), 117-127.

Labbe, E., Schmidt, N., Babin, J., & Pharr, M. (2007). Coping with stress: the effectiveness of different types of music. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 32(3-4), 163-168.

Leerkes, E. M., Blankson, A. N., & O'Brien, M. (2009). Differential effects of maternal sensitivity to infant distress and nondistress on social-emotional functioning. *Child development*, 80(3), 762-775

Lorch, C. A., Lorch, V., Diefendorf, A. O., & Earl, P. W. (1994). Effect of stimulative and sedative music on systolic blood pressure, heart rate, and respiratory rate in premature infants. *Journal of Music Therapy*, 31(2), 105-118

Marazziti, D., Roncaglia, I., & Piccinni, A. (2008). Aspetti neurobiologici dell'attaccamento. *Giorn Ital Psicopat*, 14, 58V71.

Masataka, N. (1999). Preference for infant-directed singing in 2-day-old hearing infants of deaf parents. *Developmental psychology*, 35(4), 1001.

McDonald, L., Conrad, T., Fairtlough, A., Fletcher, J., Green, L., Moore, L., & Lepps, B. (2009). An evaluation of a groupwork intervention for teenage mothers and their families. *Child & Family Social Work*, 14(1), 45-57

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.

Meymandi, A. (2009). Music, medicine, healing, and the genome project. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(9), 43.

Monte, K. (2014). *Caraterização da Saúde Mental numa população jovem dos Açores: da psicopatologia ao bem-estar (Dissertação de mestrado)*. Universidade Fernando Pessoa: Porto

Mota, C. (1983). *As fantasias da mãe na relação precoce com a criança vistas através das canções de embalar*

- Mourinho, A. M., & Baptista, S. (1984). *Cancioneiro tradicional e danças populares mirandesas* (Vol. 1)
- Nakata, T., & Trehub, S. E. (2000). Maternal speech and singing to infants. *Society for Music Perception and Cognition*. Toronto, ON. November.
- Nardi, M. T. (2009). *La relazione Sonora*. La Scuola.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2012). Avaliação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). *Laboratório de Psicologia*, 10(1), 47-61.
- Odent, M. (1999). *L'amour scientifié: les mécanismes de l'amour*. Jouvence.
- O'hara, M. W. (1987). Post-partum 'blues,' depression, and psychosis: A review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 7(3), 205-227.
- Oliveira, A. L. (2005). *Aprendizagem autodirigida: Um contributo para a qualidade do ensino superior*. Dissertação de doutoramento. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
- Persico, G., Antolini, L., Vergani, P., Costantini, W., Nardi, M. T., & Bellotti, L. (2016). Maternal singing of lullabies during pregnancy and after birth: Effects on mother–infant bonding and on newborns' behaviour. *Concurrent Cohort Study. Women and Birth*, 30(4), e214-e220.
- Persico, G., Antolini, L., Vergani, P., Costantini, W., Nardi, M. T., & Bellotti, L. (2017). Maternal singing of lullabies during pregnancy and after birth: Effects on mother–infant bonding and on newborns' behaviour. *Concurrent Cohort Study. Women and Birth*, 30(4), e214-e220.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Journal of Human Growth and Development*, 16(1), 85-96.
- Ready, T. (2010). Music as language. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 27(1), 7-15
- Rock, A. M., Trainor, L. J., & Addison, T. L. (1999). Distinctive messages in infant-directed lullabies and play songs. *Developmental psychology*, 35(2), 527
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Salimpoor, V. N., Benovoy, M., Longo, G., Cooperstock, J. R., & Zatorre, R. J. (2009). The rewarding aspects of music listening are related to degree of emotional arousal. *PloS one*, 4(10), e7487
- Serra, A. S. V. (1988). O auto-conceito. *Análise psicológica*, 6, 101-110.
- Shenfield, T., Trehub, S. E., & Nakata, T. (2003). Maternal singing modulates infant arousal. *Psychology of Music*, 31(4), 365-375.
- Siddiqui, A., & Hägglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction?. *Early human development*, 59(1), 13-25.
- Sidorenko, V. N. (2000). Clinical application of medical resonance

therapy music in high-risk pregnancies. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35(3), 199-207

Sidorenko, V. N. (2000). Clinical application of medical resonance therapy music in high-risk pregnancies. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35(3), 199-207

Silva, M. D. R., & Piccinini, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos de psicologia (Natal)*. Vol. 14, n. 1 (jan/abr 2009), p. 5-12.

Simões, A., & Lima, M. P. (1992). Desenvolvimentos do conceito de si escolar, em adultos analfabetos: Um estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 227-248

Simões, A., & Neto, F. (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVIII (1), 79-96.

Sousa da Silva, F. C., Moura de Araújo, T., Moura de Araújo, M. F., de Lima Carvalho, C. M., & Áfio Caetano, J. (2010). Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3)

Standley, J. M., & Moore, R. S. (1995). Therapeutic effects of music and mother's voice on premature infants. *Pediatric Nursing*, 21(6), 509-12

Stansbury, K., & Gunnar, M. R. (1994). Adrenocortical activity and emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 108-134.

Tabarro, C. S., Campos, L. B. D., Galli, N. O., Novo, N. F., & Pereira, V. M. (2010). Effect of the music in labor and newborn. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 445-452

Taggart, F., Friede, T., Weich, S., Clarke, A., Johnson, M., & Stewart-Brown, S. (2013). Cross cultural evaluation of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS)-a mixed methods study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 27.

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53.

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of life Outcomes*, 5(1), 63.

Trainor, L. J. (1996). Infant preferences for infant-directed versus noninfant-directed playsongs and lullabies. *Infant behavior and development*, 19(1), 83-92.

Trappe, H. J. (2009). Music and health--what kind of music is helpful for whom? What music not?. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946), 134(51-52), 2601-2606.

Trehub, S. E. (2001). Musical predispositions in infancy. *Annals of the New York academy of sciences*, 930(1), 1-16

Trehub, S. E., & Nakata, T. (2001). Emotion and music in infancy. *Musicae scientiae*, 5(1\_suppl), 37-61

Trehub, S. E., & Schellenberg, E. G. (1995). Music: Its relevance to infants. *Annals of child development*, 11(1), 1-24.



Trehub, S. E., & Trainor, L. (1998). Singing to infants: Lullabies and play songs. *Advances in infancy research*, 12, 43-78.

Trehub, S. E., Unyk, A. M., & Trainor, L. J. (1993). Adults identify infant-directed music across cultures. *Infant behavior and development*, 16(2), 193-211

Trehub, S., Schellenberg, E. G., & Hill, D. S. (1997). The origins of music perception and cognition: A developmental perspective.

Trevarthen, C. (1999). Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication. *Musicae scientiae*, 3(1\_suppl), 155-215

Van Puyvelde, M., Rodrigues, H., Loots, G., De Coster, L., Du Ville, K., Matthijs, L., ... & Pattyn, N. (2014). Shall we dance? Music as a port of entrance to maternal–infant intersubjectivity in a context of postnatal depression. *Infant mental health journal*, 35(3), 220-232.

Vasconcelos, J. (1907). *Canções de berço-Estudo de Ethnografia Portuguesa*. Revista Lusitana. Lisboa: Imprensa Nacional, volX, 1-86

Volta, A., Neonatologo, P., & di Reggio Emilia, A. U. S. L. (2010). In principio era il suono. *Quaderni acp*, 17(2), 89-91.

Winnicott, D. W. (2002). *A mãe dedicada comum*. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 01-11.

Zatorre, R. J. (2003). Music and the brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 999(1), 4-14

Zhu, J., Shi, Y. C., & Fan, Z. H. (2006). Great charm brings a joyful heart and elegant music results in peace of mind: theoretical restructuring of basic theory on music therapy of traditional Chinese medicine. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 10(23), 160-162.

**Anexos**

**Anexo I:** Introdução ao questionário

**Anexo II:** Questionário sociodemográfico

**Anexo III:** Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

**Anexo IV:** Versão Portuguesa da *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale*

**Anexo V:** Escala de Autoestima de Rosenberg

**Anexo VI:** Questionário de Ligação ao Bebé Após o Nascimento

**Anexo VII:** Análise descritiva de algumas variáveis do questionário sociodemográfico

**Anexo VIII:** Análise inferencial de algumas variáveis do protocolo de investigação

## Anexo I - Introdução ao questionário

**Título:** O Efeito das Canções de Embalar na Mãe e na sua Relação com o Bebê

É comum, nas sociedades de todo o mundo, que as mães cantem para os seus bebés. As canções de embalar têm, nas diversas culturas, o objetivo de transmitir tradições e, simultaneamente, ajudar as mães a expressarem os seus próprios sentimentos. Distinguem-se dos outros tipos de músicas pela sua repetitividade, qualidades tranquilizantes, suavidade, simplicidade e ritmo lento. Mas, quais serão os efeitos das canções de embalar na mulher que recentemente foi mãe? Terão impacto na sua ligação ao bebé?

O presente questionário enquadra-se num projeto de investigação científica, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subespecialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC).

Os principais objetivos deste estudo consistem em avaliar o efeito das canções de embalar na mãe, bem como na relação que esta estabelece com o seu bebé, nos primeiros meses de vida do mesmo. Para o efeito pretende-se a sua resposta aos seguintes instrumentos: 1) questionário sociodemográfico; 2) escala de depressão pós-parto de *Edinburgh*; 3) escala de bem-estar mental de *Warwick-Edinburgh*; 4) escala de autoestima de *Rosenberg*; 5) questionário de ligação ao bebé após o nascimento.

O presente questionário destina-se a todas as mulheres que tenham sido mães recentemente, cujos bebés tenham idades compreendidas entre as 4 e as 40 semanas.

É de salientar que, a confidencialidade dos dados disponibilizados é assegurada, sendo que qualquer informação terá uma finalidade puramente académica, respeitando o anonimato. Os resultados gerais obtidos serão unicamente utilizados para fins de investigação.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade.

A mestranda,  
Ana Torres (geral.babylab.fpceuc@gmail.com)

O orientador,  
Professor Doutor Eduardo Sá

**Anexo II - Questionário sociodemográfico****QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO****1. Informação Pessoal****Idade:****Nacionalidade:****Área de Residência:**

- Norte de Portugal
- Centro de Portugal
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Açores
- Madeira
- Outro:

**Habilitações literárias completas:**

- 1º ciclo (4º ano)
- 2º ciclo (6º ano)
- 3º ciclo (9º ano)
- Ensino secundário (12º ano)
- Ensino superior

**Estatuto profissional:**  Empregada  Desempregada  Doméstica**Estado civil:**  Solteira  Casada  União de facto  Divorciada  Viúva**2. Informações relativas à experiência de maternidade**

*Em baixo encontram-se algumas perguntas relativas à sua **última gravidez** e à experiência de maternidade atual.*

**A gravidez foi planeada?**  Sim  Não**Tipo de gravidez:**  Normal  De risco**Teve apoio familiar durante a gravidez?**  Sim  Não**Durante a gravidez, cantou para o seu bebé?**  Sim  Não**Durante a gravidez, colocou música para o seu bebé escutar?**  Sim  Não**Tipo de parto:**  Eutócico (normal)  Distócico (fórceps, ventosa, cesariana,...)**Houve complicações durante o parto?**  Sim  Não

**Houve complicações no pós-parto?**  Sim  Não

**Teve apoio familiar após o bebé nascer?**  Sim  Não

**Encontra-se, neste momento, em licença de maternidade?**  Sim  Não

**Quantos filhos tem?** \_\_\_\_\_

**Antes do seu bebé nascer, quão experiente diria que era, no que se refere ao cuidado de bebés?**

- Nada experiente: nunca tive experiência a cuidar de bebés
- Um pouco experiente: tive alguma experiência a cuidar de bebés
- Muito experiente: tive uma larga experiência a cuidar de bebés

### **3. Informações relativas ao bebé**

**Sexo:**  Masculino  Feminino

**Idade atual do seu bebé (em semanas):** \_\_\_\_\_

**O seu bebé nasceu:**

- "Antes do tempo" (antes das 38 semanas)
- Entre as 38 e as 42 semanas

### **4. Informações relativas ao pai do bebé**

**Vive com o pai do seu bebé?**  Sim  Não

**A relação com o pai do seu bebé é:**  Inexistente  Muito má  Má  Razoável  Boa  Muito boa

**Sente-se apoiada pelo pai do seu bebé?**  Nunca  Raramente  Às vezes  Frequentemente

### **5. Relação da mãe com o bebé**

**Habitualmente, quantas horas passa com o seu bebé por dia?**

- 0 a 5 horas diárias
- 6 a 10 horas diárias
- 11 a 15 horas diárias
- 16 a 20 horas diárias
- 21 a 24 horas diárias

**Costuma cantar canções de embalar para o seu bebé?**  Sim  Não

*Relembro que se consideram canções de embalar todas as canções tranquilizantes que transmitem amor e ternura, caracterizando-se pela sua suavidade, repetitividade, simplicidade e ritmo lento.*

**EM CASO AFIRMATIVO, por favor responda às seguintes questões:**

**Ao longo do dia com que frequência canta para o seu bebé?**

- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente

**Que tipo de canções costuma cantar ao seu bebé? Pode assinalar mais do que uma opção.**

- Canções/ melodias inventadas por si
- Canções de embalar tradicionais
- Canções da atualidade
- Melodias (canções sem letra)
- Canções que o bebé ouviu durante a gravidez
- Outras:

**Em que circunstâncias canta para o seu bebé? Pode assinalar mais do que uma opção.**

- Para o adormecer
- Para o acalmar/ relaxar quando está agitado
- Ao dar as refeições
- Enquanto brinca com ele
- Outras:

**Quando canta para o seu bebé, qual é o principal efeito que nota nele? Assinale apenas uma opção.**

- Ri
- Acalma-se
- Chora
- Adormece
- Fica atento/ admirado a olhar para mim
- Outra:

### Anexo III - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

#### **EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS) - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDINBURGH**

(Versão original: J. L. Cox, J. M. Holden & R. Sagovsky, 1987;

Versão portuguesa: Amílcar Augusto, 1996)

Como teve recentemente um bebe, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, assinale a resposta que melhor indique o modo como se sente *desde há 7 dias* e não apenas hoje.

#### **Aqui esta um exemplo:**

##### **Senti-me feliz:**

- Sim, sempre
- ×  Sim, quase sempre
- Não, poucas vezes
- Não, nunca

Isto quereria dizer: "**Senti-me feliz quase sempre durante os últimos sete dias**". Por favor, complete as outras questões do mesmo modo.

#### **DESDE HÁ 7 DIAS:**

##### **1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas**

- Tanto como dantes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

##### **2. Tenho tido esperança no futuro**

- Tanta como sempre tive
- Bastante menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

##### **3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal**

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

##### **4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo**

- Não, nunca
- Quase nunca
- Sim, por vezes
- Sim, muitas vezes

**5. Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo**

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente
- Não, nunca

**6. Tenho sentido que são coisas demais para mim**

- Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las
- Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes
- Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- Não, resolvo-as tão bem como dantes

**7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal**

- Sim, quase sempre
- Sim, por vezes
- Raramente
- Não, nunca

**8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz**

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, nunca

**9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro**

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes
- Não, nunca

**10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma**

- Sim, muitas vezes
- Por vezes
- Muito raramente
- Nunca



**Anexo IV - Versão Portuguesa da *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale***

***THE WARWICK–EDINBURGH MENTAL WELL-BEING SCALE (WEMWBS) - ESCALA DE BEM-ESTAR MENTAL DE WARWICK-EDINBURGH***

(Versão original: NHS Health Scotland, University of Warwick & University of Edinburgh, 2006; Versão portuguesa: Universidade Fernando Pessoa & Câmara Municipal de Viana do Castelo, 2012)

Em baixo encontram-se algumas afirmações sobre sentimentos e pensamentos.

Por favor assinale a resposta que melhor descreve a sua experiência em relação a cada uma delas nas **2 últimas semanas**.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Tenho-me sentido otimista em relação ao futuro					
2. Tenho-me sentido útil					
3. Tenho-me sentido relaxado/a					
4. Tenho-me sentido interessado/a pelas outras pessoas					
5. Tenho tido energia de sobra					
6. Tenho lidado bem com os problemas					
7. Tenho conseguido pensar de forma clara					
8. Tenho-me sentido bem comigo mesmo/a					
9. Tenho-me sentido próximo/a de outras pessoas					
10. Tenho-me sentido confiante					
11. Tenho sido capaz de construir as minhas opiniões sobre as coisas					
12. Tenho-me sentido amado/a					
13. Tenho-me sentido interessado/a em coisas novas					
14. Tenho-me sentido alegre					

## Anexo V - Escala de Autoestima de Rosenberg

### **ROSENBERG'S SELF-ESTEEM SCALE (ROS) - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

(Versão original: Rosenberg, 1965; Versão portuguesa: Simões & Lima, 1992)

#### **Instruções**

As frases que encontrará, mais abaixo, são perguntas a respeito das opiniões ou ideias que você tem acerca da sua pessoa. Peço-lhe apenas que diga até que ponto concorda ou não com elas, de acordo com a seguinte escala: Se **Concorda Muito**, assinale **4**; Se **Concorda** com a frase, selecione **3**. Se **Discorda**, assinale **2**. Se **Discorda Muito**, selecione **1**.

**Concordo Muito = 4**

**Concordo = 3**

**Discordo = 2**

**Discordo Muito = 1**

	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros.				
2. Penso que tenho algumas boas qualidades.				
3. Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil.				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.				
5. Creio que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar.				
6. Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa.				
7. De forma geral, estou satisfeito/a comigo mesmo/a.				
8. Gostaria de ter mais consideração por mim próprio/a				
9. Às vezes, penso que não presto para nada.				
10. Bem vistas as coisas, sou levado/a a pensar que sou um/a falhado/a.				

## Anexo VI - Questionário de Ligação ao Bebê Após o Nascimento

### **POSTPARTUM BONDING QUESTIONNAIRE (PBQ) - QUESTIONÁRIO DE LIGAÇÃO AO BEBÊ APÓS O NASCIMENTO**

(Versão original: I. F. Brockington, J. Oates, S. George, D. Turner, P. Vostanis, M. Sullivan, C. Loh, & C. Murdoch, 2001; Versão portuguesa: Bárbara Nazaré, Ana Fonseca, & Maria Cristina Canavarro, 2012)

Indique, por favor, com que frequência cada uma das afirmações se aplica a si. Não há respostas certas nem erradas. Escolha a opção que mais se aproxima da sua experiência recente.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Sempre
1. Sinto-me próxima do meu bebé.						
2. Gostaria de regressar à altura em que ainda não tinha este bebé.						
3. Este bebé não parece ser meu.						
4. O meu bebé enerva-me.						
5. Amo loucamente o meu bebé.						
6. Sinto-me feliz quando o meu bebé sorri ou se ri.						
7. O meu bebé enfurece-me.						
8. O meu bebé chora demasiado.						
9. Sinto-me encurralado(a) como pai/mãe.						
10. Sinto rancor do meu bebé.						
11. O meu bebé é o bebé mais bonito do Mundo.						
12. Gostaria que o meu bebé desaparecesse de alguma forma.						

## Anexo VII: Análise descritiva de algumas variáveis do questionário sociodemográfico

**Tabela 17. Gravidez planeada**

	Frequência	Percentagem
Sim	402	85.4
Não	69	14.6
Total	471	100.0

**Tabela 18. Número de filhos**

	Frequência	Percentagem
1	338	71.8
2	117	24.8
3	13	2.8
4	3	0.6
Total	471	100.0

**Tabela 19. Tipo de gravidez**

	Frequência	Percentagem
Normal	348	73.9
De risco	123	26.1
Total	471	100.0

**Tabela 20. Apoio familiar durante a gravidez**

	Frequência	Percentagem
Sim	439	93.2
Não	32	6.8
Total	471	100.0

**Tabela 21. Cantou ou colocou música para o bebé durante a gravidez**

	Sim		Não	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Cantou	308	65.4	163	34.6
Colocou música	363	77.1	108	22.9

**Tabela 22. Tipo de parto**

	Frequência	Percentagem
Eutócico	186	39.5
Distócico	285	60.5
Total	471	100.0

**Tabela 23. Complicações durante o parto**

	Frequência	Percentagem
Sim	73	15.5
Não	398	84.4
Total	471	100.0

**Tabela 24. Apoio familiar após o parto**

	Frequência	Porcentagem
Sim	433	91.9
Não	38	8.1
Total	471	100.0

**Tabela 25. Experiência anterior da mãe no cuidado de bebês**

	Frequência	Porcentagem
Nada experiente	146	31.0
Um pouco experiente	248	52.7
Muito experiente	77	16.3
Total	471	100.0

**Tabela 26. Licença de maternidade**

	Frequência	Porcentagem
Sim	244	51.8
Não	227	48.2
Total	471	100.0

**Tabela 27. Sexo do bebê**

	Frequência	Porcentagem
Feminino	228	48.4
Masculino	243	51.6
Total	471	100.0

**Tabela 28. Idade atual do bebê (em semanas)**

	Frequência	Porcentagem
4	10	2.1
5	14	3.0
6	7	1.5
7	6	1.3
8	23	4.9
9	6	1.3
10	19	4.0
11	19	4.0
12	16	3.4
13	11	2.3
14	15	3.2
15	11	2.3
16	24	5.1
17	7	1.5
18	7	1.5
19	12	2.5
20	16	3.4
21	7	1.5
22	10	2.1
23	6	1.3
24	19	4.0

25	9	1.9
26	16	3.4
27	3	0.6
28	6	1.3
29	7	1.5
30	12	2.5
31	6	1.3
32	14	3.0
33	5	1.1
34	8	1.7
35	7	1.5
36	13	2.8
37	4	0.9
38	16	3.4
39	9	1.9
40	70	14.9

**Tabela 29. O bebé nasceu:**

	Frequência	Percentagem
"Antes do tempo"	70	14.9
Entre as 38 e as 42 semanas	401	85.1
Total	471	100.0

**Tabela 30. Vive com o pai do bebé**

	Frequência	Percentagem
Sim	457	97.0
Não	14	3.0
Total	471	100.0

**Tabela 31. Relação da mãe com o pai do bebé**

	Frequência	Percentagem
Muito má	1	0.2
Má	4	0.8
Razoável	21	4.5
Boa	108	22.9
Muito boa	337	71.5
Total	471	100.0

**Tabela 32. Apoio do pai do bebé**

	Frequência	Percentagem
Nunca	2	0.4
Raramente	9	1.9
Às vezes	73	15.5
Frequentemente	387	82.2
Total	471	100.0

### Anexo VIII: Análise inferencial de algumas variáveis do protocolo de investigação

**Tabela 48. Gravidez planeada e pontuação nas escalas ROS, EPDS, WEMWBS e PBQ**

	Sim		Não		t	p
	M	DP	M	DP		
ROS	34.19	5.20	32.91	5.54	1.87	.063
EPDS	7.57	4.19	8.43	4.73	-1.56	0.12
WEMWBS	50.73	8.60	48.64	8.55	1.87	.063
PBQ	4.94	4.64	4.81	3.54	.220	.826

\*\* p ≤.05; \*\*\* p ≤.001

**Tabela 49. Tipo de parto e pontuação nas escalas ROS, EPDS, WEMWBS e PBQ**

	Eutócico		Distócico		t	p
	M	DP	M	DP		
ROS	33.91	5.50	34.06	5.11	-.311	.756
EPDS	7.56	3.75	7.78	4.59	-.555	.579
WEMWBS	50.89	8.08	50.12	8.96	.945	.345
PBQ	4.56	3.60	5.15	4.98	-1.40	.164

\*\* p ≤.05; \*\*\* p ≤.001

**Tabela 50. Número de filhos e pontuação nas escalas ROS, EPDS, WEMWBS e PBQ**

	1 filho		2 ou mais filhos		t	p
	M	DP	M	DP		
ROS	34.26	5.32	33.34	5.08	1.720	.086
EPDS	7.49	4.20	8.23	4.43	-1.695	.091
WEMWBS	50.53	8.71	50.15	8.42	.429	.668
PBQ	4.82	4.42	5.19	4.67	-.808	.420

\*\* p ≤.05; \*\*\* p ≤.001

**Tabela 51. Experiência anterior no cuidado de bebés e pontuação nas escalas ROS, EPDS, WEMWBS**

		N	Média	DP	F	p
ROS	Nada experiente	146	33.39	5.51	1.910	.149
	Um pouco experiente	248	34.44	5.10		
	Muito experiente	77	33.77	5.26		
EPDS	Nada experiente	146	8.27	4.27	2.153	.117
	Um pouco experiente	248	7.35	4.13		
	Muito experiente	77	7.70	4.67		
WEMWBS	Nada experiente	146	48.53	8.77	5.324**	.005
	Um pouco experiente	248	7.35	4.13		
	Muito experiente	77	7.70	4.67		

\*\* p ≤.05; \*\*\* p ≤.001

**Tabela 52. Experiência anterior no cuidado de bebês e pontuação nas escala PBQ**

	Nada		Um pouco		Muito		$\chi^2$	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
PBQ	5.16	4.91	4.86	3.95	4.66	5.26	4.050	.132

\*\* p ≤ .05; \*\*\* p ≤ .001

**Tabela 53. Apoio do pai e pontuação nas escala ROS, EPDS, WEMWBS e PBQ**

	Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		$\chi^2$	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
ROS	37.00	4.24	31.89	5.47	32.37	5.60	34.34	5.15	11.063**	.011
EPDS	10.50	6.36	10.11	4.37	9.58	4.33	7.27	4.15	23.173***	.000
WEMWBS	54.00	12.73	44.33	7.86	45.18	8.62	51.53	8.22	35.621***	.000
PBQ	3.50	.707	4.11	2.93	6.49	4.61	4.65	4.54	17.382***	.001

\*\* p ≤ .05; \*\*\* p ≤ .001

**Tabela 54. Apoio da família e pontuação nas escalas ROS, EPDS, WEMWBS e PBQ**

	Sim		Não		t	p
	M	DP	M	DP		
ROS	34.22	5.20	31.53	5.45	3.050**	.002
EPDS	7.53	4.05	9.55	6.07	-2.015	.051
WEMWBS	50.74	8.51	46.82	9.19	2.708**	.007
PBQ	4.76	4.37	6.74	5.42	-2.616**	.009

\*\* p ≤ .05; \*\*\* p ≤ .001

**Tabela 55. Licença de maternidade e pontuação na escala PBQ**

	Sim		Não		t	p
	M	DP	M	DP		
PBQ	5.19	4.92	4.63	3.96	1.340	.181

\*\* p ≤ .05; \*\*\* p ≤ .001

**Tabela 56. Número de horas que mãe-bebê passam juntos por dia na escala PBQ**

	0 a 5h		6 a 10h		11 a 15h		16 a 20h		21 a 24h		$\chi^2$	P
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
PBQ	5.41	3.16	3.65	2.48	4.94	4.31	4.42	2.94	5.15	5.01	4.562	.335

\*\* p ≤ .05; \*\*\* p ≤ .001